

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

DANIELA ANGELI

**UMA ANÁLISE ARQUEOLÓGICA DOS DISCURSOS DO MOVIMENTO
DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL**

FLORIANÓPOLIS

2006

DANIELA ANGELI

**UMA ANÁLISE ARQUEOLÓGICA DOS DISCURSOS DO MOVIMENTO
DE LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada como parte das exigências para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Dr. Kleber Prado Filho

FLORIANÓPOLIS

2006

Agradeço à família sempre presente na minha trajetória, mesmo que à distância.

Aos amigos queridos pela suas presenças enriquecedoras em minha vida.

Aos professores da Pós-Graduação em Psicologia que contribuíram muito para que
este trabalho se realizasse.

Aos militantes da Luta Antimanicomial pela disponibilidade em enviar os relatórios,
informações e artigos, mostrando-se interessados e incentivando a produção do
conhecimento.

Ao Kleber pela orientação, amizade e paciência, abrindo neste percurso um
horizonte de possibilidades para a busca do saber.

À Cili e à Bia, pela disponibilidade em ajudar com a sua área de conhecimento.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1-INTRODUÇÃO.....	9
2-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1- A História da Loucura sob a Perspectiva de Foucault.....	16
2.2- A História da Loucura sob a Perspectiva de Szasz.....	20
2.3- As Reformas Psiquiátricas, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.....	23
2.4- A História da Psiquiatria no Brasil.....	26
3-OS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL.....	30
3.1- O Solo Epistemológico de Baságlia.....	31
3.2- O Solo Epistemológico de Cooper.....	37
3.3- Analisando os Documentos e Reconhecendo os Fundamentos Epistemológicos do Movimento Antimanicomial no Brasil.....	44
4-A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS PARA EDIFICAÇÃO DE UMA ARQUEOLOGIA E UMA GENEALOGIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.....	69
4.1- A Estrutura dos Documentos.....	70
4.2- 1º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil.....	71
4.2.1- Síntese das Propostas do 1º Encontro Nacional e Reconhecimento dos enunciados.....	86
4.3- 2º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil.....	87
4.3.1- Síntese das Propostas do 2º Encontro Nacional e Reconhecimento dos enunciados.....	96
4.4- 3º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil.....	97
4.4.1- Síntese das Propostas do 3º Encontro Nacional e Reconhecimento dos enunciados.....	114
4.5- 4º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil.....	116

4.5.1- Síntese das Propostas do 4º Encontro Nacional e Reconhecimento dos enunciados.....	122
4.6- 5º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil.....	123
4.6.1- Síntese das Propostas do 5º Encontro Nacional e Reconhecimento dos enunciados.....	127
5-UMA ARQUEOLOGIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.....	129
6-UMA GENEALOGIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.....	147
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
8- REFERÊNCIAS.....	163

RESUMO

Este trabalho trata de uma pesquisa documental referente às práticas e saberes do Movimento Antimanicomial no Brasil. A construção deste se deu através de um olhar arqueológico e genealógico, cuja teoria e metodologia apóia-se na obra de Michel Foucault. No sentido arqueológico buscou-se reconhecer, a partir dos discursos do Movimento Antimanicomial, o seus enunciados, objetos e matrizes. Para a construção da genealogia lançou-se um olhar sobre sua história, reconhecendo os acontecimentos e rupturas que possibilitaram delinear uma trajetória constituída pelas discontinuidades. A problemática de pesquisa que deu norte à esta produção foi “*que rupturas, acontecimentos e enunciados ganham visibilidade numa análise arqueológica e genealógica do Movimento Antimanicomial no Brasil?*”. Os documentos utilizados para esta análise foram os cinco primeiros relatórios dos Encontros Nacionais do Movimento Antimanicomial no Brasil. No sentido arqueológico, pôde-se reconhecer e discutir os seguintes objetos retomados e corrigidos pelo Movimento Antimanicomial: *Práticas Antimanicomiais, Legislação, Cultura e Educação*. Os enunciados que deram visibilidade às suas práticas e saberes foram: *gestão popular, humanização, humildade, reinserção, desinstitucionalização, a arte é o grande canal de expressão do homem, fazer da clínica um ato político, Atenção Psíquica Intensiva, lugar humano, periculosidade latente, loucos de todo gênero, inimputabilidade, autonomia e autogestão, e intersetorialidade*. Percebeu-se que as matrizes que fundamentam estas práticas e saberes vêm a partir da obra de Cooper e Baságua, apresentando-se principalmente embasadas neste último. Através da análise genealógica pode-se questionar a origem do Movimento Antimanicomial no Brasil, trabalhando com a perspectiva da proveniência. Foram reconhecidas as falsas continuidades da história apresentada nos relatórios, a partir da localização das rupturas e dos acontecimentos dispersos. E finalmente, após discutir outras questões relevantes presentes nestes discursos, foram apresentados aspectos contemporâneos da história do Movimento Antimanicomial.

Palavras-chave: Arqueologia, Genealogia, Movimento Antimanicomial.

ABSTRACT

This paper is a documental research about practices and acquirements of the Anti mad-house Movement in Brazil. Thus an archeological and genealogical view was launched on it, having Michel Foucault's work as theoretical and methodological support. In the archeological sense, from the Anti mad-house Movement discourses, it was sought to recognize their enunciations, objects and matrix. On the genealogic construction, a view was launched on its history, to recognize the happenings and ruptures which made possible to draw its trajectory established by discontinuously. The research matter which outlined this production was: *"what ruptures, happenings and enunciations gain visibility in an archeologic and genealogical analysis of the Anti mad-house Movement in Brazil?"*. The documents used for this present analysis were the first five reports of the Anti mad-house Movement National Meetings. In the archeologic sense it was possible to recognize and discuss the following objects retaken by the Anti mad-house Movement: *Anti madhouse Practices, Legislation, Culture and Education*. The enunciations recognized in these discourses were: *popular management, humanization, humbleness, reinsertion, uninstitutionalization, art is the great medium of men's expression, make the clinic a political act,, Intensive Psychic Attention, human place, latent danger, lunatics of any king, irresponsibility, autonomy and auto management, and intersetoriability*. It was perceived that the matrix which founds the practices and acquirements of this social movement, comes from Cooper and Baságlio's works, presenting themselves mainly in the basis of this last one. Through the genealogical analysis, we can ask ourselves the origin of the Anti madhouses Movement in Brazil, working with the perspective of the proveniency. Fake continuities of the history, presented in the reports, were recognized from the rupture location and the disperse happenings. Finally after having discussed other relevant questions present in these discourses, contemporary aspects of the Anti madhouse Movement history, were presented.

Keywords: Archaeology, Genealogy, Anti mad-house Movement.

1- INTRODUÇÃO

Lançando um olhar à história da psiquiatria no mundo ocidental, através dos discursos produzidos por esta ciência fundada no pensamento cartesiano, pode-se avistar a loucura numa região de discriminação e exclusão. No horizonte de suas práticas está o Hospital que cumpre a função de enclausurar, diagnosticar, curar e proteger a população do mal-estar da doença. Servindo destes espaços terapêuticos (os Hospitais) a ciência conferida pelo saber e poder médico assume o papel de dizer a verdade sobre a doença, conduzindo-a ao seu aniquilamento, mesmo que este processo signifique recorrer ao tratamento-punição. O conhecimento produzido pela psiquiatria em alguns momentos de sua história se cruza com saberes religiosos, onde a loucura às vezes é associada ao erro e à perversão. Pode-se encontrar também um ponto de intersecção entre os discursos da psiquiatria com os saberes da jurisprudência, onde os loucos eram excluídos do sistema que prescreve os sujeitos de direito, por estarem alienados das “margens do normal”.

De acordo com Foucault (1972), na Idade Média os leprosários eram locais que tinham a função de isolar os “leprosos” da sociedade, onde religiosos e leigos exerciam a caridade de cuidar dos enfermos até a sua morte. Com o crescente desaparecimento da lepra esses jogos de exclusão continuaram, e a partir do século XVIII a loucura passou a ser a principal herdeira destes espaços e dos estigmas difundidos por toda a Europa. Estes fatos históricos levam a um olhar sobre as práticas que produzem a loucura na sociedade ocidental, sobre os espaços e as heranças que esta carrega, sempre impregnados por uma moral que prima pelo adestramento ou pela “ortopedia”¹ tratados sob a denominação do “terapêutico”. A loucura, repudiada como a lepra, deve permanecer enclausurada nos espaços que lhe são próprios como medida de proteção à população que se sente aterrorizada pelo seu aspecto considerado bizarro. Embora o discurso médico alegue conduzir os sujeitos loucos ao tratamento e à recuperação construindo uma série de saberes e intervenções para tal, a clausura predomina em diversos casos, podendo às vezes perpetuar por toda a vida.

Da Idade Média passando pela Renascença até o período Clássico, a loucura era considerada um problema social onde, com a circulação dos loucos, seja através das

¹ Ortopedia é um termo utilizado por Michel Foucault em *História da Loucura* que significa uma maneira de adequar, enquadrar, disciplinar os sujeitos nas instituições psiquiátricas. O mesmo termo também é mencionado em “Vigiar e Punir” como ortopedia da personalidade.

embarcações ou nos espaços comuns aos cidadãos considerados não-loucos, nota-se a ausência de uma terapêutica da loucura. É somente no período Clássico que esta questão passa a ser um problema médico, tendo-se Pinel, conforme aponta Foucault (1972), como um dos representantes deste movimento na produção do saber e do tratamento científico acerca da doença mental. Foucault (1972) em sua obra *História da Loucura* localiza as práticas que produzem tal fenômeno ainda antes do evento da psiquiatrização, considerando em seguida o processo de isolamento destes sujeitos no deslocamento das instituições religiosas para o hospital geral e por último ao hospital psiquiátrico. As questões prisionais próprias da jurisprudência relativas à loucura, que se configuram no aparecimento dos manicômios, são mais amplamente tratadas e discutidas a partir do final do século XIX e início do século XX. É neste momento que o poder conferido aos religiosos e leigos no tratamento da doença mental passa às mãos dos médicos, considerando que os fundamentos científicos são o principal argumento para que se instaure este processo. Embora neste momento a desconstrução da idéia de uma loucura contaminada pelo erro moral fosse possível, percebe-se ainda uma espécie de condenação: a reclusão dos sujeitos classificados como doentes mentais.

Enquanto Foucault trata mais especificamente da medicalização da loucura e a produção de saberes que fundamentam tais práticas, Basaglia na Itália aborda as questões sociais relacionadas a estes mesmos saberes e práticas. Para Basaglia (1985) a exclusão que veio acompanhada da punição e dos maus-tratos, se destinou principalmente àqueles que sem poder aquisitivo não podiam pagar por uma intervenção terapêutica menos humilhante, perversa e estigmatizante. Considera que o internamento particular nem sempre produziu rupturas na vida do paciente, já que este tipo de intervenção possibilitava ao mesmo seguir sua trajetória sem interromper suas atividades sociais. No caso do internamento público, ao contrário, os resultados poderiam provocar inúmeros prejuízos na vida destes sujeitos. As atividades cotidianas de tais pacientes geralmente ficavam comprometidas devido aos estigmas que eram produzidos pelo internamento, sendo considerados incapazes de participar de determinadas dinâmicas sociais próprias das pessoas “normais”.

O Movimento de Luta Antimanicomial culmina na década de 1980 no Brasil e vem a ser uma reação contra este processo de asilamento, inspirando-se em outras experiências de desinstitucionalização que aconteceram na Europa. Foi principalmente o trabalho de

Basaglia desenvolvido em Trieste na Itália que inspirou reações contrárias às práticas das instituições psiquiátricas no Brasil, gerando outra postura de intervenção na área da saúde mental. Um exemplo concreto desta proposta são as instituições denominadas Caps (Centro de Atendimento Psicossocial), que acabam servindo como um espaço de re-direcionamento para as atividades que abordam o tema da loucura. Contribuindo para a instauração destas práticas, foi através da luta pela aprovação da lei 10.216 de 2001 (conhecida como Lei Paulo Delgado), que o Movimento Antimanicomial previa a extinção progressiva das instituições psiquiátricas e a defesa dos direitos do sujeitos considerados loucos.

Se desvencilhar de uma psiquiatria moral, segregadora e por vezes violenta, foi um dos principais objetivos das tendências que buscaram instaurar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Buscou-se contextualizar o Movimento Antimanicomial quanto a estas questões, dentre aspectos de sua trajetória histórica, suas práticas e saberes, apresentando para tanto, a seguinte problemática de pesquisa: ***“Que rupturas, acontecimentos e enunciados ganham visibilidade numa análise arqueológica e genealógica do Movimento Antimanicomial no Brasil?”***. Considerando tal questão, o presente trabalho realizou uma análise genealógica das práticas do Movimento Antimanicomial, procurando lançar uma perspectiva possível acerca de sua história. Produziu-se também uma análise arqueológica destes discursos, localizando as matrizes e os enunciados que o fundamentam. Para este empreendimento contou-se com o uso de documentos: os relatórios dos cinco primeiros Encontros Nacionais do Movimento de Luta Antimanicomial.

Quanto à construção de uma arqueologia do Movimento, buscou-se localizar e discutir enunciados e matrizes presentes nestes discursos. Neste sentido, a visibilidade dos documentos utilizados nesta análise não aconteceu pela leitura do sujeito, pois no método arqueológico o documento tem valor como monumento e não como convenção interpretativa. Os documentos serviram para reconstituir o passado, e para isso foram organizados e não interpretados, considerando que o que importou nesta análise foi o jogo de formulações possíveis ao sujeito: o jogo dos enunciados. Através dos enunciados pretendeu-se reconhecer as relações de poder e as práticas de saber que incidem sobre as palavras, bem como a produção de subjetividades que estão implicadas nestas práticas; entendendo o discurso como prática, como acontecimento.

Com o emprego da genealogia pretendeu-se favorecer a visibilidade de tais práticas, desviando o olhar dos objetos considerados naturais que reificam os acontecimentos. Para Foucault (1984) as coisas, os acontecimentos não são naturais, são sim correlatos das práticas. Isto é pertinente, por exemplo, na compreensão da loucura: Como seria possível compreender a loucura fora de uma prática psiquiátrica que constitui determinado fenômeno ou comportamento como loucura? Da mesma forma: Como se pode conhecer o Movimento Antimanicomial senão a partir de sua prática e das práticas que culminaram para a sua construção? E a prática pode estar recolhida na penumbra, estar escondida, ser uma parte oculta da história que já foi contada. Nas palavras de Veyne:

O método consiste, então, para Foucault, em compreender que as coisas não passam das objetivações de práticas determinadas, cujas determinações deve ser expostas à luz, já que a consciência não as concebe (1982, p. 162).

Através do método genealógico aplicado a esta presente produção, buscou-se fazer emergir aspectos do Movimento Antimanicomial reconhecidos através de suas práticas, considerando o acontecimento histórico como um caminho para o método. Para reconhecer “a parte oculta do iceberg”, conforme as palavras de Veyne (1982), não se requer interpretação, pois esta ganha visibilidade no próprio discurso e nos acontecimentos históricos não apanhados pela história oficial. Por meio da genealogia trabalhou-se com períodos menores representados por cada documento, desligando-os uns dos outros, buscando-se assim resgatar a raridade dos acontecimentos, provocando a visibilidade da descontinuidade. Produziu-se desta forma uma história das rupturas, marcando os limites pelas diferenças, reconhecendo o jogo de forças que dá visibilidade ao campo de batalha que faz entrar em cena o desenrolar dos acontecimentos.

A proposta desta dissertação de lançar um olhar genealógico e arqueológico se justifica historicamente, onde a partir de 1985, conforme aponta Amarante (1997), os ativistas e fundadores do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (o grupo que dá nascimento ao Movimento Antimanicomial) estão presentes numa parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental. Este fato facilitou a intervenção que levou à substituição das práticas psiquiátricas conservadoras por outras mais condizentes com as propostas do Movimento. Estas questões envolvem relações de

poder tanto no sentido do Movimento para com a sociedade, como as que se configuram dentro do próprio grupo de ativistas. Buscou-se contemporaneizar estes fatores e colocar em discussão o próprio olhar do Movimento sobre tais jogos de poder.

Na genealogia, ao negar qualquer forma de desvelar uma realidade primeira, uma essência exata, encontra-se a recusa da pesquisa da origem. A história produzida a partir da perspectiva de Foucault não se destina à busca pelos fundamentos originários dos acontecimentos históricos, considerando que este “lugar primeiro”, essa “essência imediata” dos fatos não permanece intocável ao longo do tempo. Segundo Foucault:

Procurar uma tal origem é tentar reencontrar ‘o que era imediatamente’, o ‘aquilo mesmo’ de uma imagem extremamente adequada a si; é tomar por acidental todas as peripécias que puderam ter acontecido, todas as astúcias, todos os disfarces; é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira. (...) A alta origem é o ‘exagero metafísico que reaparece na concepção de que no começo de todas as coisas se encontra o que há de mais precioso e de mais essencial’: gosta-se de acreditar que as coisas em seu início se encontravam em estado de perfeição. (1984, p. 17-18)

A pesquisa da proveniência, ao contrário da origem, não reconhece fundamentos, ela revela a mobilidade daquilo que parecia imóvel, assim como revela os fragmentos daquilo que aparece ligado, unido, total. Em outras palavras, a proveniência abala a segurança da origem e busca fluxos inventados, escolhidos, recolhidos e não o início impecável, perfeito de uma sucessão de eventos históricos. Remetendo estes pressupostos ao presente trabalho, pode-se dizer que as origens foram questionadas, tomando-se como ponto de partida as proveniências. Foi com esta perspectiva que se resgatou algumas nuances da história do Movimento Antimanicomial no Brasil.

Por meio da arqueologia, através da localização dos enunciados tornou-se desnecessário buscar o que poderia estar por detrás do discurso, uma vez que pela exterioridade pôde-se reconhecer porque aparece determinado enunciado e não outro, como exclui qualquer outro, como ocupa seu próprio lugar:

o nível enunciativo está no limite da linguagem (...) ele define a modalidade de seu aparecimento: antes sua periferia que sua organização interna, antes sua superfície que seu conteúdo. (...) o súbito aparecimento de uma frase, o lampejo de sentido, o brusco

índice de designação surgem sempre no domínio de exercício de uma função enunciativa (FOUCAULT, 1984, p. 130).

O discurso do Movimento Antimanicomial se produz por um conjunto de enunciados que se apóia em um mesmo sistema de formação. Por isso a análise desta formação discursiva está centrada na descrição dos enunciados em suas especificidades, nas práticas, de saber, de poder e de subjetivação que se exteriorizam através destes. Considerando estes fatores, Foucault coloca que:

A análise do campo discursivo trata de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites de forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. (1984, p. 31).

Além disso, o discurso do Movimento Antimanicomial produz enunciados que não se referem a um sujeito individual, nem a uma consciência coletiva ou uma subjetividade transcendental, mas a um campo anônimo que permite reconhecer diferentes formas de subjetividade. Por isso o enunciado não se apóia em uma descrição antropológica ou transcendental, mas aparece como uma relação com domínio de objetos, como jogos de posições possíveis a um sujeito.

Um conjunto em que pode ser determinada a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos (FOUCAULT, 1984, pág. 61).

Para tanto se buscou reconhecer nos discursos também os objetos dos quais o Movimento Antimanicomial se ocupou através de suas práticas e intervenções na sociedade, discutindo-os após a apresentação dos relatórios. Foucault (1984) coloca que não é possível tomar os objetos como descobertas, mas através do seu aparecimento pode-se saber o que os tornou possíveis, permitindo que fossem retomados, corrigidos, modificados. Este olhar possibilitou discutir na análise arqueológica a visibilidade de determinados objetos, relacionando-os entre si e entre os enunciados, dando a noção do seu plano de emergência e das modificações que os mesmos sofrem sob o enfoque da Luta

Antimanicomial. Para esta análise fez-se ainda, um resgate das matrizes que fundamentam as práticas e saberes do Movimento, reconhecendo aproximações e distanciamentos em relação às mesmas. Estas matrizes são referentes principalmente ao trabalho de Cooper na Inglaterra e à experiência de Basaglia na Itália, ambos da década de 1970, cujos pressupostos se aproximam significativamente das práticas do Movimento Antimanicomial no Brasil.

As questões analisadas e discutidas nesta dissertação, conforme comentado, tornaram-se possíveis através de documentos referentes aos Encontros Nacionais do Movimento Antimanicomial, que vão do 1º Encontro que aconteceu em Salvador-Ba no ano de 1993, até o 5º Encontro que aconteceu em Miguel Pereira-RJ no ano de 2001. Estes encontros resultaram em cinco relatórios que detalham aspectos históricos do Movimento, bem como em propostas de intervenções na sociedade. O uso deste material na construção de um resgate histórico procurou obedecer aos apontamentos dos métodos genealógico e arqueológico, produzindo desconfiância quanto às falsas continuidades, aos encadeamentos, às causalidades que dão sentido à história tradicional, buscando aprofundar certas discussões possibilitadas pela exterioridade do discurso.

Antes da análise de documentos, esta dissertação apresenta diferentes perspectivas que elucidam acerca da história da loucura no ocidente, as reformas psiquiátricas, a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática e a história da psiquiatria no Brasil. Até então estas perspectivas não são discutidas sob a ótica de Michel Foucault, mas servem de fomento para a discussão que acontece após a análise minuciosa dos documentos. Estes olhares contribuem para a explanação de um panorama das produções acerca destas temáticas, embora nem sempre apresentem convergência com a obra e metodologia de Foucault. Contudo, a segunda parte desta dissertação que começa com a análise do Relatório I referente ao 1º Encontro Nacional, até as Considerações Finais, apóia-se com maior rigor no referencial metodológico aqui proposto.

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1- A *História da Loucura* sob a perspectiva de Foucault

Michel Foucault suscitou importantes discussões acerca das concepções sobre a loucura no mundo ocidental desde a Idade Média até a Modernidade. Em sua obra *História da Loucura*, o pensador ao se debruçar sobre as práticas sociais relativas a este fenômeno, anuncia uma história de rupturas. Esta obra apresenta as distintas maneiras de relação que a sociedade estabelece com a loucura nos diferentes tempos da história, contextualizando os campos de saber que se apropriam deste fenômeno em cada época. A ciência é um dos últimos campos de saber que se “apodera” da loucura como objeto de intervenção e conhecimento, realizando tal feito no final do século XVIII e início do século XIX, quando o hospital passa das mãos de religiosos leigos para as dos médicos. Anteriormente à medicalização da loucura, a significação deste fenômeno passa por compreensões e interações sociais diferentes.

Ao narrar a história da loucura, Foucault coloca que ao final da Idade Média, na Europa, o louco se destaca no centro das artes, principalmente do teatro e da literatura, ocupando o lugar de autêntico possuidor da “verdade”. A loucura exerce grande atrativa nesta época chegando-se a acreditar que o louco detém saberes proibidos, que por consequência podem ser frutos do “mal” devido à sua peculiar obscuridade. No terreno das artes, a loucura serve de inspiração à pintura neste período, e posteriormente no século XVIII, a obra “Dom Quixote” de Miguel de Cervantes representa o louco como quem atribui a si mesmo os poderes que deseja. Da Idade Média até o período Moderno, a loucura torna-se tema central de diversas obras artísticas e literárias que atribuem sentidos diversos a este fenômeno: a sabedoria, o mistério, a condenação ética, o amor que extrapola os limites da razão. Ainda que na Idade Média a loucura tenha se tornado aceita e atraente encontrando um lugar social possível à sua manifestação, não conseguiu se desvencilhar de seu aspecto considerado bizarro e bestial. Contudo, nesta época ainda se encontrava a possibilidade de viver em meio à loucura e à circulação de loucos, exceto nos casos extremos que revelavam algum risco à população.

Deslocando-se da Idade Média para a Renascença, Foucault (1972) destaca a “Nau dos loucos” (representada por uma obra de Bosch, assim intitulada), como um fenômeno

seguro para isolar a loucura da população. Eram barcos que levavam os loucos de uma cidade à outra, estabelecendo desta maneira (já que não havia o hospital ou quaisquer instituição com a função de internamento), uma circulação de loucos como método para mantê-los afastados do convívio social. A navegação entrega cada um à incerteza de seu destino: *“É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega e desembarca”* (Foucault, 1972, p. 13). O mar nesta época representava uma espécie de elemento demoníaco, que associado ao ir e vir de loucos nas navegações fazia da loucura a manifestação de algo obscuro, instável, em oposição à lucidez e maturidade da razão. Através das Naus, as cidades eliminavam os loucos, supostamente os estrangeiros, encaminhando-os para outros lugares, alegando tomar conta apenas dos seus cidadãos insanos. Supõe-se que para certas cidades de passagem e feiras, os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em grandes grupos e ali eram “perdidos”. As cidades os mantinham e abrigavam, mas o alojamento apresentava caráter de prisão e não se cogitava na época qualquer espécie de tratamento. Na Renascença o louco ainda era acolhido porque vinha de outros lugares, contudo, junto ao nascimento da experiência clássica da loucura, um contexto diferente se apresenta: a reclusão, as duras correntes do diagnóstico, os intransponíveis muros do hospital. A loucura perde seus direitos à verdade e é lançada fora do domínio da razão, ou seja, é excluída da sociedade. Enquanto que na Idade Média e na Renascença a loucura está relacionada com todos os poderes ocultos do mundo, no Classicismo ela se enraíza no mundo moral, estando relacionada com o mal e o erro.

No século XVII, em 1656, tem-se o decreto de fundação do Hospital Geral em Paris, que coloca este numa situação de estrutura semijurídica possuidora de poderes para decidir, julgar e executar. O funcionamento e os propósitos do Hospital Geral não se aproximam das idéias médicas uma vez que se delineiam como uma instância de ordem monárquica e burguesa, que por sua vez pretendem pôr ordem no mundo da miséria. Nestas instituições, os doentes devem seguir o regime da correição, praticar seus exercícios, obedecer às leis de sua pedagogia. A ausência de cuidados médicos faz do Hospital Geral um cenário cruel, onde o que se configura é uma autêntica prisão em que loucura e crime não se excluem. Ainda não tendo sido a loucura apreendida pelo ponto de vista médico-científico, esta era considerada uma infração moral, e precisava ser tratada segundo este princípio. Neste mesmo período histórico, o interesse da sociedade pelo rigor da estrutura

familiar desferia um golpe contra todo aquele que rompesse com esta norma, lançando-o ao mundo da desrazão. Assim o enclausuramento poderia ser atribuído devido a conflitos entre o indivíduo e sua família, considerando que os comportamentos que destoassem do grupo poderiam significar a presença de problemas psicológicos. Desde então se estabelece a confusão antropológica entre dois tipos de experiências de alienação: uma como *limitação da subjetividade*, e outra como *perturbação do grupo*; logo, a primeira aproxima-se do determinismo da doença e a outra assume o aspecto de uma condenação ética.

A partir do momento em que se suspeita que a loucura pode ser entendida como uma patologia, emerge historicamente a medicalização da loucura, onde se passa a buscar a compreensão científica para este fenômeno. Contudo, em ambos os momentos históricos, indo do Hospital Geral ao Hospital exclusivamente médico, os rituais de exclusão e de condenação continuam atrelados ao fenômeno da loucura. De acordo com Foucault (1972), os “remédios morais”, se apresentam como um dos principais instrumentos de cura nos primeiros asilos do século XIX, onde se pressupõe que através destes poder-se-ia recuperar a razão. A prática do internamento médico coloca a loucura estreitamente relacionada com a conduta regular e normal; assim é caracterizada como “vontade perturbada” e “paixão pervertida”. O hospital tem a função de restabelecer a vontade reta e a paixão ortodoxa, cabendo aos médicos construir a verdade da doença, dominando-a, acalmando-a, mesmo que seja através do isolamento, do tratamento-punição e do interrogatório. As fórmulas de internamento designam a loucura através de análises patológicas parciais e tendenciosas. O que se designa nessas fórmulas não são doenças, segundo Foucault (1972), mas sim “defeitos”, como por exemplo, as seguintes classificações: “grande mentiroso”, “espírito inquieto, triste e ríspido”, “homem muito mau e chicaneiro”. Por isso a loucura permanece ligada a uma certa ordem moral, repousando sobre uma má vontade e um erro ético.

Quando trata da medicalização da loucura no período Clássico, Foucault (1979) explora a produção de saberes e as práticas de poder da psiquiatria. Considera que ao caminhar rumo à legitimação destes saberes, os médicos do século XIX reconfortaram-se ao constatar que dentre todos os que eram duvidosamente considerados loucos (os criminosos e uma diversa classe de anti-sociais), havia os que de fato poderiam ser classificados como tais. A loucura apreendida pelo conhecimento positivista passa a ser objeto de juízo médico, e cabe a este distinguir o normal do insano, o doente mental do

criminoso. Pinel, um dos principais representantes deste momento histórico, procura conceber à loucura o seu estatuto humano, patológico, para que assim os insanos pudessem ser libertos da barbárie que até então os envolvia (1972). Contudo, os loucos mesmo classificados como vítimas de uma patologia cientificamente averiguada, continuaram sofrendo maus-tratos, ora tratados como animais, ora como moralmente insensatos. A psiquiatria positivista do século XIX com a pretensão de “salvar” os insanos inocentes, outrora lançados à condição de marginais, não foi capaz de produzir uma ruptura e efetuou sim um deslocamento:

acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica, mas contra a vontade, estava lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade (FOUCAULT, 1972, p.162).

Com a apropriação do pensamento Cartesiano acerca da loucura, coloca-se este fenômeno de maneira equivalente ao sonho e a todas as formas de erro, tratando o louco como um sujeito absolutamente incapaz ao exercício do pensamento. Lançando o fenômeno da loucura fora do domínio da razão, esta fica comprometida quanto à sua “verdade”, sendo logo colocada uma região de exclusão.

Para Foucault (1979), o que marca os últimos anos do século XVIII é que a verdade foi constatada pela produção de fenômenos através da química e da eletricidade, tecnologias que funcionam como instrumentos produtores de saber universal. Tais formas de poder e de saber dão lugar à relação do conhecimento *sujeito-objeto* como norma do saber, criando resistência a tudo o que escapa ao poder estatal, às formas de poder-saber da sociedade, e às regras de produção, ou seja, tudo o que é definido negativamente: doenças, crimes, *loucura*. Assim no século XIX a loucura passa a ser colocada em direta relação com a conduta regular e normal, através da prática do internamento. Os hospitais psiquiátricos passam a exercer o papel de dispositivos de controle, instaurando uma ordem disciplinar nestes espaços em relação ao doente e às doenças. No período Clássico o internamento tem a função de eliminar da sociedade os anti-sociais², estes que representam a desorganização familiar, a desordem social e o perigo para o Estado. Neste período torna-se comum internar alguém sem necessariamente especificar se se refere a um doente ou criminoso,

² Característica também encontrada nos Hospitais Gerais de gestão burguesa, conforme já comentado.

desta maneira os loucos acabavam muitas vezes sendo tratados como prisioneiros de polícia. Foucault (1972) coloca que a antipsiquiatria ataca a instituição como lugar de distribuição e mecanismo das relações de poder, considerando as implicações do poder da “não-loucura” sobre a “loucura”. Para o pensador, é justamente este processo que a antipsiquiatria pretende desfazer, dando ao indivíduo a possibilidade e até mesmo a tarefa de viver a experiência de sua loucura, onde os outros podem contribuir, mas não em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade.

Pode-se notar, portanto, que Foucault trata da história da loucura antes do advento da psiquiatrização, resgatando as diversas representações que o louco suscitou na sociedade ocidental. Nem sempre esse fenômeno esteve sob o domínio científico, ao contrário, em alguns períodos como na Renascença e na Idade Média, a literatura e as artes plásticas se ocuparam do mesmo quase que com exclusividade. A loucura continuou inspirando artistas até o período moderno, contudo o espaço ocupado a partir do reconhecimento científico deste fenômeno, passou a ser dividido no período clássico com os médicos psiquiatras. No final do século XVIII, manifestações da loucura passaram a ser observadas, classificadas, recortadas e analisadas para fins de tratamento e cura. Estas práticas que se produzem a partir de uma ciência positivista, acabam construindo, inventando e promovendo a loucura como um problema social, uma doença, um mal que precisa ser aniquilado através da medicalização e da reclusão. A produção desta “patologia da alma” acaba gerando e se aliando a outras práticas e discursos, tornando complexa e naturalizada essa idéia da anormalidade da doença, do sujeito juridicamente incapaz, transgressor da moral e dos relacionamentos familiares “saudáveis”. Neste emaranhado se perde o entendimento da loucura como um produto. Neste processo, os discursos de diferentes áreas, como a psiquiatria, a jurisprudência, a moral religiosa, se ligam e validam a construção de um amplo diagnóstico que divide a população entre indivíduos saudáveis e mentalmente doentes.

2.2- A História da Loucura sob a perspectiva de Szasz.

Thomas Szasz, outro pensador que também se debruça sobre o fenômeno da loucura, lança olhar sobre sua história a partir de uma matriz fenomenológica. O enfoque de seu trabalho está na relação entre loucura e determinados grupos excluídos socialmente

devido a práticas consideradas transgressoras: a bruxaria, o judaísmo, a homossexualidade. Segundo Szasz (1976), antes do século XIII existia a crença de que alguns indivíduos sofriam de posse demoníaca ou eram vítimas da loucura. Estes estigmas eram produzidos para justificar o fato de que estas pessoas se diferenciavam de alguma maneira do grupo social, o que garantia de certa forma segurança à população através da explicação, justificação destas “aberrações”. Foi durante este mesmo século que a sociedade européia usou tais idéias para construir o movimento organizado denominado “caça às bruxas”. A magia e a feitiçaria, em diversos períodos da história da humanidade serviam como instrumentos que justificavam a ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, infelicidades pessoais e morte; e logo foram atreladas ao fenômeno da loucura. Tendo sido relacionada a bruxaria com a luxúria carnal, as mulheres foram fatalmente perseguidas, visto que estas eram consideradas insaciáveis perante o sexo. Embora doença mental e bruxaria se confundissem, nesta época era imprescindível o “diagnóstico diferencial” entre doença natural e doença demoníaca. Dependendo do diagnóstico que era dado pelos médicos no processo de Inquisição, apontava-se o tipo de intervenção adequada: médica ou teológica.

De acordo com Szasz (1976), no século XVII, com o declínio da Igreja e o surgimento do Hospital Geral em Paris, desaparece o complexo inquisitor-feiticeira, dando lugar ao complexo alienista-insano mental. Neste momento, para que um sujeito fosse considerado louco bastava ser abandonado, pobre, rejeitado pela família e sociedade. Desta maneira a psiquiatria institucional passou a ser a sucessora da inquisição como meio de controle social, tornando desnecessário o diagnóstico de doença mental para justificar um internamento. Fica definido como papel do médico o estabelecimento do diagnóstico, e a cobrança deste resultado se dá principalmente nos casos em que os sujeitos apresentam-se envolvidos num quadro de não-conformismo social. O tratamento que se caracteriza com a qualificação de “bondosa” intenção terapêutica torna-se inquestionável, mesmo que os pacientes o sintam como uma forma de agressão e de perseguição.

Assim que o conceito de insanidade substitui o de feitiçaria, segundo Szasz (1976), surge a necessidade de encontrar as causas e a cura para a loucura. Sendo esta considerada um fenômeno abominável, suas causas também deveriam ser qualificadas de maneira equivalente. Foi a partir deste contexto que a masturbação e a homossexualidade foram logo denominadas como causadoras e produtos da insanidade. A masturbação era

considerada um pecado pela religião cristã, e em citações talmúdicas um pecado maior do que as relações sexuais fora do casamento. Os médicos influenciados por tais idéias, condenavam esta prática auto-erótica explicando que a mesma poderia levar à insanidade ou à geração de filhos loucos, motivos mais do que suficientes para justificar o internamento psiquiátrico. A homossexualidade também era considerada sintoma de doença mental, assim como uma prática condenada pela legislação repressiva, ou seja, o homossexual poderia ser considerado tanto delinqüente como doente mental. Conforme alguns movimentos totalitários, o movimento da psiquiatria parte de uma ética dominante que pretende acabar com uma sociedade pluralista e heterogênea, e assim sacrifica a individualidade pela coletividade. Tudo isso com a intenção de aumentar a coesão do grupo e evitar a desintegração da ordem social.

Para Szasz, a feitiçaria e a loucura serviam de expiação a todos os problemas da sociedade, da mesma maneira que os judeus em determinados períodos da história (1976). O autor coloca que em determinadas sociedades primitivas o sacrifício de homens e animais tinha a função de transferir a culpa e o sofrimento da população a algum outro ser. Dentre os costumes dos antigos hebreus, no Yom Kippur, um dia santo hebraico, se praticava um ritual de transferência de culpa para um bode expiatório (1976). O dever deste era de ser *“corporificação e símbolo de todos os pecados que o povo de Israel tinha cometido no ano anterior, e levar esses pecados para fora da comunidade”* (SZASZ, 1976, p. 298). Tais práticas que se caracterizavam pela utilização de um bode expiatório não era exclusividade do povo hebreu, se repetia em outros lugares e épocas:

O bode expiatório é necessário como um símbolo do mau que é conveniente eliminar da ordem social e que, por sua existência, confirma como bons os outros membros da comunidade. (...). Para o animal predador da floresta, a regra da vida é: matar ou ser morto. Para o ser humano predador na sociedade, a regra é: estigmatizar ou ser estigmatizado (SZASZ, 1976, p. 305).

Logo, o papel social do louco acaba se caracterizando como uma espécie de bode expiatório contra uma série de comportamentos rechaçados socialmente, sendo validado pela voz do psiquiatra como o escolhido para este papel. É importante que o doente admita e reconheça a gravidade da doença, contudo no caso de negar, fica entendido que o insano não tem a “compreensão” de sua situação, o que justifica o internamento involuntário.

2.3- As Reformas Psiquiátricas, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática

De acordo com Paulo Amarante (1997) tanto os movimentos de *Reforma Psiquiátrica* quanto os de *Antipsiquiatria* e de *Psiquiatria Democrática* influenciaram as práticas e saberes do *Movimento de Luta Antimanicomial*, considerando relevância maior em relação a algumas destas experiências. Para compreender quais destes movimentos exerceram mais influência sobre a Luta, fez-se um resgate destas práticas e discursos, relacionando-os posteriormente com os documentos.

Amarante ordena historicamente as *Reformas Psiquiátricas*, a *Antipsiquiatria* e a *Psiquiatria Democrática* da seguinte maneira:

- Psicoterapia Institucional e Comunidades Terapêuticas: representam as reformas que se restringem ao âmbito asilar;
- Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva: produzem uma superação das reformas ao âmbito asilar;
- Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática de Baságlia: rompem com os movimentos anteriores e com as instituições.

Segundo este autor, a *Psiquiatria Institucional* criada por François Tosquelles, em 1952, busca tratar as características doentias da instituição psiquiátrica. É através da transversalidade que visa construir um modelo menos hierárquico e não puramente horizontal. Já a *Psiquiatria de Setor*, liderada por Bonnafé e um grupo de psiquiatras progressistas, também ocorrida na França, tem como objetivo tratar o paciente em seu próprio ambiente social, constituindo a passagem pelo hospital como uma etapa transitória do tratamento. Este movimento sofre resistências tanto por parte da população quanto dos grupos de intelectuais. Os primeiros temem uma invasão dos loucos nas ruas e os segundos interpretam essa experiência como extensão da ideologia psiquiátrica.

Já a *Psiquiatria Preventiva* nasce nos EUA num momento em que o país vive um processo de desordem social, tendo como principais eventos: a guerra do Vietnã, aumento do uso de drogas por parte dos jovens, surgimento de gangues, o movimento *beatnik*. Estes acontecimentos são considerados sinais de conturbações na adaptação dos indivíduos na

sociedade e na cultura. Partem do pressuposto que a doença mental (que significa distúrbio, desvio, marginalidade) pode ser prevenida ou detectada precocemente. Para isso é preciso investigar junto à população (nas ruas, nos guetos, nas comunidades) seus hábitos e vícios, em outras palavras, ir à busca de suspeitos que tenham tendência a desenvolver a doença mental. Essas medidas além de possuírem o caráter de um dispositivo de controle e disciplinamento social, só colaboraram para um aumento relevante da demanda ambulatorial, extra-hospitalar e até nos asilos (sem modificar em nada a sua realidade).

A *Antipsiquiatria* culmina na década de 1960 em meio aos movimentos underground de contracultura com um grupo de psiquiatras, destacando-se Laing, Cooper e Esterson. O consenso entre eles está em questionar o saber médico-psiquiátrico no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia como uma doença dentro dos parâmetros científicos da medicina clássica. Cooper (1967) critica a psiquiatria e a ordem social, colocando a loucura como questão social e política. A violência no campo da psiquiatria, para Cooper (1967), começa na família do futuro doente mental. No caso da esquizofrenia, as relações estabelecidas no grupo familiar são concomitantemente confusas e inflexíveis, e este dilema é resolvido pelo indivíduo através da única alternativa socialmente possível: o hospital psiquiátrico. Segundo Cooper, a instituição psiquiátrica reproduz propositalmente uma estrutura, que sob várias nuances, repete as características enlouquecedoras da família do paciente. A “irracionalidade institucional” é outra característica citada por este autor e se constitui como defesas dos funcionários contra perigos mais ilusórios do que reais em relação aos pacientes. A repressão química, a camisa-de-força, o eletro-choque e o imperativo do descanso ao leito, bem como os treinamentos de táticas de defesa de funcionários contra pacientes, eram os principais instrumentos de proteção para esses possíveis perigos. Considerando tais críticas, a partir da antipsiquiatria surgiram algumas experiências de caráter comunitário, como o da Vila 21³.

Segundo Amarante (1997), com Basaglia neste mesmo período (década de 60) percebe-se uma ruptura dos discursos, práticas e saberes até então difundidos no que tange a doença mental. Sua primeira experiência foi em Gorizia – Itália, onde procurou desinstitucionalizar o aparato manicomial. Em 1971, Basaglia vai para Trieste e lá colabora

³ A Vila 21 é uma experiência que se caracteriza como comunidade terapêutica, ocorrida na Inglaterra sob os cuidados de Laing. Esterson e Cooper.

na construção de um espaço de produção artística, intelectual e de prestação de serviços. Este espaço permite àqueles que precisam de assistência psiquiátrica, obter novas formas de construção de subjetividade e de sociabilidade. Para este autor, a ciência a serviço da classe dominante impôs que o doente mental, por ser imprevisível e perigoso, possuía uma única alternativa produzida eficazmente pela instituições psiquiátricas: sua morte civil. Assim a sociedade querendo mascarar sua face violenta no tocante à loucura, produziu um novo sistema onde o imperativo passa a ser a violência técnica exercida pelos profissionais da saúde que atuam em tais instituições. O diagnóstico se caracteriza como um rótulo que alega a irreversibilidade, ocasionando a necessidade da exclusão do doente. “*O psiquiatra, sua ciência e a sociedade defenderam-se praticamente do doente mental e do problema de sua existência em nosso meio*” (BASAGLIA, 1985, p.109). A instituição colabora para que o doente sofra com a perda de sua identidade, e oportunamente confecciona uma outra, mais coerente com as relações objetivantes produzidas neste ambiente e os estereótipos culturais que o cerca. Assim a instituição revela o seu caráter implacavelmente antiterapêutico.

Considerando a loucura como objeto de expiação dos diversos males e problemas sociais, Basaglia (1985) através da Psiquiatria Democrática delata o “ato terapêutico” praticado nos hospitais psiquiátricos como uma forma de atenuar as reações do excluído (os considerados doentes mentais), em relação aos excludentes (a sociedade em geral e especificamente os técnicos que contribuem para o tratamento e diagnóstico). Para este autor, os aspectos políticos estão diretamente relacionados à prática do internamento, visto que nas instituições psiquiátricas geralmente se encontram os sujeitos que estão numa posição sócio-econômica desfavorável e que não são produtivos socialmente, servindo de esquema de repressão e exclusão. Outra explicação de ordem sócio-econômica que justifica o internamento é o fato de que o sistema não tem interesse em reabilitar o doente mental, visto que não consegue resolver nem o problema de trabalho (espaço de atuação no mercado) de seus membros sãos. Em outras palavras, um doente mental recuperado é mais um desempregado, um desocupado na sociedade, o que justifica os asilos psiquiátricos como depósitos de pessoas consideradas inúteis socialmente. Basaglia (1985) denuncia o fato de que o doente entrando nos muros do manicômio entra numa nova dimensão

emocional, onde é envolvido em um espaço originalmente criado para curá-lo, mas que paradoxalmente investe no completo aniquilamento de sua individualidade.

A partir deste resgate histórico dos movimentos sociais que contestaram as práticas e saberes da psiquiatria, pode-se reconhecer os principais pensamentos que influenciaram o Movimento Antimanicomial no Brasil, possibilitando lançar um olhar sobre os fundamentos epistemológicos do mesmo, nesta dissertação. Ao fazê-lo percebe-se que existe, de acordo com Amarante (1997), uma distinção entre as Reformas Psiquiátricas, o movimento de Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Estas primeiras buscavam encontrar meios de transformar a instituição psiquiátrica, em alguns casos, até de humanizá-la, torná-la um ambiente de cura, desconstruindo práticas anteriores que impediam este processo. Contudo, neste caso, a institucionalização ainda era vista como fator fundamental para o tratamento. A Antipsiquiatria, ao contrário, põe em “xeque” o processo de institucionalização da loucura, e além disso, questiona o saber médico sobre a mesma. Já a Psiquiatria Democrática se aproxima dos pressupostos da Antipsiquiatria, com o diferencial de que não nega a doença mental, mas a coloca como produto de fatores sociais. Antes de tratar mais amplamente dos fundamentos epistemológicos do Movimento Antimanicomial brasileiro, onde poder-se-á reconhecer as influências destas matrizes, faz-se um resgate da história da psiquiatria no Brasil.

2.4- A História da Psiquiatria no Brasil.

Deslocando-se da história da psiquiatria ocorrida na Europa, indo para o Brasil, fatores semelhantes e singulares puderam ser registrados sobre o fenômeno da loucura. De acordo com Amarante (1994), o primeiro fator que contribuiu para que o hospital se transformasse numa instituição médica, foi a necessidade de imunizar as pessoas internadas e os cidadãos das doenças que o enfermo acarretava. Neste sentido a ciência foi considerada um instrumental seguro para que o processo de higienização pudesse ser instaurado. Segundo o autor, esta experiência se inicia no Brasil em torno de 1830, onde uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico dos loucos na cidade. A partir deste momento estes sujeitos passam a ser considerados doentes mentais e, portanto merecedores de um espaço social próprio para sua reclusão e tratamento. Até então não se tinha o conhecimento científico sobre a loucura e estes

sujeitos que de alguma maneira foram excluídos socialmente, se encontravam espalhados nas prisões, ruas, casas de correção, asilos de mendigos, etc. Para tais fins de reclusão, inaugura-se na Praia Vermelha – RJ, o hospício Pedro II, que ainda dirigido pelo clero da Provedoria de Santa Casa de Misericórdia e Irmandade de São Vicente, causa inconformidade nos médicos. Os principais argumentos que justificavam a tomada do poder institucional pelos últimos se referiam ao fato de que o hospício deveria ser medicalizado e transformado numa organização baseada em princípios técnicos; o que acabou acontecendo no período da Proclamação da República.

Amarante (1994), coloca que a vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã estabelecida por Juliano Moreira no início do século XX no Brasil, traz importante contribuição quanto à discussão etiológica das doenças mentais. A tendência da tradição alemã que enfatiza o biologicismo, segundo o autor, busca explicações que vão além da origem das doenças mentais, considerando outros aspectos como: os fatores étnicos, éticos, políticos e ideológicos vinculados aos eventos sociais. Anterior a este período da história da psiquiatria brasileira, o antecessor de Juliano Moreira - Teixeira Brandão - utiliza como referência a escola francesa. Com a Proclamação da República e o estabelecimento de uma nova ordem social, segundo Amarante (1994), a psiquiatria busca expandir sua atuação para além dos muros do asilo, culminando em janeiro de 1890 na construção das duas primeiras colônias de alienados: Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas no Rio de Janeiro. Dentre os principais objetivos deste modelo de colônias de assistência, está a troca social entre a comunidade e os loucos, que deve acontecer tanto em casa quanto no trabalho. A implantação destas medidas de inclusão social firma a primeira reforma psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Amarante, na década de 1930 a descoberta das lobotomias, do choque-insulínico, do choque-cardiazólico e da eletroconvulsoterapia, levou as instituições a reconhecer tais técnicas como a tão desejada cura para as doenças mentais. Este processo de psiquiatrização se estende até a década de 1950 fortalecendo-se com o aparecimento dos primeiros neurolépticos que além de utilizados muitas vezes pela influência da propaganda industrial, também tinham a função de reprimir, facilitando a internação e contenção dos enfermos. É somente na década de 1970 que surgem significativas discussões sobre Reforma Psiquiátrica, Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria, visto que no século XIX já

havia existido algumas experiências, as colônias por exemplo, sem muita repercussão. Estas experiências são impulsionadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no final da ditadura militar. Assim como os outros movimentos desta época, o MTSM lutava contra o regime autocrático e também denunciava os esquemas de fraudes e torturas que envolviam os hospitais psiquiátricos. De acordo com Luchmann e Rodrigues (2006) essas manifestações partiram de alguns setores da saúde como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) que vieram a constituir o MTSM. Segundo os autores, a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)⁴ foi o estopim para que ocorressem tais manifestações por parte dos setores da saúde no período da ditadura militar:

Defasado em seu quadro de recursos humanos, este órgão passa (a partir de 1974) a contratar bolsistas que trabalham sob condições precárias nas quatro unidades da DINSAM no Rio de Janeiro: o Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; o Hospital Pinel; a Colônia Juliano Moreira – CJM e o Manicômio Judiciário Heitor Castilhos (LUCHMANN e RODRIGUES, 2006, p. 7).

Ao perceberem irregularidades nos livros de ocorrência de plantões do Pronto Socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II, três médicos bolsistas denunciam tais fatos, mobilizando profissionais da área da saúde, bem como o REME e o CEBES. A partir deste processo surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental reivindicando e atentando para: *“aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas a cronificação do manicômio e ao uso de eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços”* (LUCHMANN e RODRIGUES, 2006, p. 08).

De acordo com Amarante (1997), em 1987 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental toma a forma de um movimento social representado por técnicos e “loucos” lançando o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. É neste momento que surge o que hoje chamamos de Movimento de Luta Antimanicomial. No sentido prático passa-se a privilegiar, de acordo com Amarante, a discussão e adoção da desinstitucionalização, ou seja, um processo de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. Neste contexto surge o projeto de lei 3657/89, que propõe a extinção progressiva dos hospitais

⁴ Órgão do governo federal, responsável pela formulação das políticas públicas na área da saúde mental.

psiquiátricos e sua substituição por outras práticas; o que desencadeia um amplo debate nacional sobre o tema. Em 06 de abril de 2001, entra em vigor a lei nº 10.216, proposta pelo deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O funcionamento desta lei traz uma série de deslocamentos acerca das práticas e do entendimento sobre o fenômeno da loucura no Brasil, destacando-se como um acontecimento significativo na história das reformas psiquiátricas. Este marco produz rupturas com os saberes da psiquiatria e da jurisprudência propondo, e por vezes gerando, modificações nos discursos destas ciências. Promovendo o deslocamento das atividades do hospital psiquiátrico para um outro tipo de assistência e envolvendo a comunidade nas ações e discussões, este acontecimento acaba produzindo também um impacto social, marcando um significativo momento histórico assinalado pela descontinuidade.

3 – Os Fundamentos Epistemológicos do Movimento Antimanicomial Brasileiro

Para a análise dos Fundamentos Epistemológicos do Movimento Antimanicomial foram escolhidas duas obras, uma do Cooper e outra do Basaglia, com o intuito de reconhecer quais as matrizes que fundamentam as práticas e saberes de cada um destes autores. Convém ressaltar que o ideal seria analisar todas as obras dos autores, para uma análise epistemológica aprofundada, no entanto, o tempo de produção deste trabalho não permitiu tamanha minúcia. Para que esta análise se tornasse válida mesmo que restrita, teve-se o cuidado na escolha das obras, buscando reconhecer qual apresentaria com maior evidência as matrizes epistemológicas. Sendo assim, para a análise das matrizes que fundamentam as práticas e saberes de Basaglia, elegeu-se o livro *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Esta obra trata de textos recolhidos a partir da própria fala de Basaglia, evidenciando (mais do que nas suas outras obras) as matrizes que o embasam. Para a análise dos fundamentos epistemológicos de Cooper foi escolhido o livro *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, visto que ali o autor trata das influências teóricas e perspectivas que deram base às ações da antipsiquiatria.

Em um primeiro momento foram analisadas as obras de Basaglia e de Cooper com o intuito de reconhecer os fundamentos epistemológicos que compõem os discursos destes autores. Posteriormente promoveu-se um debate sobre as aproximações e divergências destas produções, em relação às práticas e saberes do Movimento Antimanicomial no Brasil, registrados nos documentos⁵. Antes de qualquer coisa pode-se adiantar que os movimentos de Antipsiquiatria e de Psiquiatria Democrática têm um peso maior na construção dos pressupostos do Movimento Antimanicomial, em relação às Reformas Psiquiátricas. Estas últimas pretendiam reformular as práticas manicomiais garantindo a permanência da instituição psiquiátrica, porém com a intenção de encontrar para a mesma uma forma mais humanizada e menos hierárquica de atuação. As propostas do Movimento Antimanicomial se aproximam mais da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, visto que nestas se encontram os questionamentos acerca do saber médico sobre a loucura (visão positivista que produz uma categoria, um rótulo) e a luta para acabar com as instituições psiquiátricas. Partindo desta conclusão, os pressupostos das Reformas Psiquiátricas não

⁵ As conclusões da referida análise epistemológica fazem parte da Arqueologia do MLA, presente nesta dissertação.

serão aqui analisados em comparação aos do Movimento Antimanicomial. Para que seja possível fazer uma análise das principais influências dos fundamentos epistemológicos deste movimento social será necessário conhecer mais a fundo os pressupostos de Cooper⁶ e de Basaglia.

3.1 – O Solo Epistemológico de Basaglia

Este autor renuncia à carreira acadêmica em 1961, abandonando seu cargo de professor na Universidade de Pádova onde lecionou por 13 anos. Sua principal crítica consistia em considerar a Academia como uma instituição que colaborava para a manutenção da ordem social, reproduzindo os esquemas de atendimento psiquiátrico violento e adestrador. Ele havia estudado a experiência desenvolvida por Maxwell Jones: a Comunidade Terapêutica. Este conhecimento o incentivou a mobilizar grupos de pacientes psiquiátricos para que se posicionassem criticamente quanto aos rumos da instituição a qual estavam submetidos. Basaglia coloca que no manicômio encontram-se principalmente os sujeitos pobres, marginalizados e oprimidos pelo sistema que impõe a norma e a produtividade. Neste sentido faz uma crítica ao sistema capitalista identificando este como produtor de ideologias que procuram manter a submissão da classe operária. Vê a psiquiatria como tendencialmente opressiva, onde o psiquiatra como representante desse sistema, se posiciona de forma privilegiada frente ao seu doente. E mais, coloca que a psiquiatria se caracteriza como uma técnica que serve para reprimir e oprimir os doentes pobres, a classe operária que não produz. Basaglia nesta posição afirma que a temática da loucura trata de uma questão política que envolve enfaticamente o problema da produtividade, das relações de trabalho.

Por esta perspectiva acredita-se que a psiquiatria será uma ciência mais eficaz, apenas no momento em que o médico aceitar fazer parte de um processo dialético: *“Quando o médico aceita a contestação, quando ele aceita ser um dos pólos da dialética, aí a medicina e a psiquiatria se tornam libertadoras”*(BASAGLIA, 1979, p.15). Basaglia constrói tais conclusões partindo de um contexto social específico: a Itália que após a

⁶ Para esta análise não entram os pressupostos de Laing e Esterson, visto que a obra utilizada como referência foi “Psiquiatria e Antipsiquiatria” que é da autoria exclusiva de Cooper. Contudo, cabe ressaltar que estes autores não referenciados na análise epistemológica contribuem em conformidade com a perspectiva de Cooper.

Segunda Guerra Mundial se encontrando numa realidade cultural e econômica de campesinato passa por um processo de mudança com o início de uma sociedade industrial. Por consequência eclode o nascimento de uma forte classe operária atuante (lutando por mudanças na organização subestrutural do estado), coincidindo com o momento em que se inicia o trabalho no hospital psiquiátrico de Gorizia, no qual Basaglia apresenta significativa colaboração. A partir deste trabalho e do contexto social que o envolvia pode-se perceber que o doente não era apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades onde a cura da doença deixou de ser o foco principal.

Produz-se a idéia da doença mental como sendo um fenômeno que faz parte da vida social e da existência humana, a partir desta afirmação:

Vimos que a problemática da situação de periculosidade do paciente começava a diminuir, e tínhamos frente a nós não mais uma doença, mas uma crise. Nós salientamos hoje que cada situação que nos é apresentada é uma crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. (BASAGLIA, 1979, p.18).

Aqui o diagnóstico passa a ser visto como um objeto, uma coisa, produto de uma ciência tendenciosa; enquanto que a crise vem a ser uma subjetividade que envolve a existência, a sociedade, a família, entre outros fatores. De modo mais direto, Basaglia afirma que o que leva a maioria das pessoas ao hospital psiquiátrico é a insuportabilidade da vida social e paradoxalmente a função da instituição se constitui em produzir uma espécie de morte civil a estes sujeitos. Partindo destes pressupostos percebe-se que para Basaglia a loucura pode ser produto de uma sociedade capitalista que visa a produtividade, e para tal, a opressão das classes operárias. Os sujeitos que não se ajustam a esta condição devem ser evitados, isolados, punidos até. Os hospitais psiquiátricos assumem o papel de reprimir aqueles que se tornaram improdutivos por terem se tornados loucos; loucos que ao mesmo tempo se encontraram nesta condição subjetiva devido a sua inserção em um sistema tão opressor e arbitrário. Por isso, para o autor, o trabalho de despsiquiatrização vem a ser um processo de violência (de contestação) à sociedade, tal como ela se apresenta.

A família é compreendida como extensão deste sistema, onde uma pessoa que recebe alta do manicômio logo retornará ao mesmo, seja pela sociedade que continua a mesma, seja pela família que se organizou sem essa pessoa e que produz estranhamento ao

retorno da mesma ao lar. A proposta prática de Basaglia se dá no sentido de que não apenas a família, mas a sociedade seja preparada para receber essa pessoa de volta: *“Eu acho que essa pessoa pode ser um detonador muito importante para a tomada de consciência política da sociedade, porque, tendo sido excluída e voltando a ser incluída, ela tende a ser reflexo do significado da política da organização social que vivemos”* (BASAGLIA, 1979, p. 30-31).

A proposta da psiquiatria democrática coloca a loucura como condição humana. E o problema construído pela sociedade acerca da figura do louco está diretamente relacionado com a organização de trabalho. Para que esta realidade se transforme surge outra proposta prática:

Eu acredito no triunfo do socialismo, mas não sei quando ele virá. Creio que hoje o bom marxista coloca o problema da prática marxista, que toma como prioridade a subjetividade na luta do dia-a-dia, em meio às contradições do capital. Eu acho que hoje poderia ser essa a tarefa (BASÁGLIA, 1979, p.25).

A partir deste discurso pode-se identificar a influência da posição histórico-crítica da matriz marxista em que se encontra a tradição iniciada por Basaglia, embora não se possa dizer que esteja inscrita nesta matriz. Outro apontamento se dá acerca da aproximação entre a lógica terapêutica e a lógica da luta de classes; a partir desta fusão seria possível criar um novo código para uma ciência menos opressora, que esteja realmente interessada em servir ao doente.

O ‘problema’ da sexualidade que envolve a loucura também é abordado dentro desta perspectiva. Aqui esta problemática desaparece no mesmo momento em que se abre o manicômio, pois passa a ser um problema de todos, ou seja, passa a ser mais um problema sexual-afetivo o qual atinge tanto as pessoas consideradas normais, quanto aos loucos:

Quando o hospital se abre, o problema sexual se torna problema afetivo de duas pessoas que se amam, como acontece em qualquer lugar. A repressão conduz a um desvio do sexo. Não acho que possa haver uma solução para o problema sexual no interior de uma instituição fechada (BASÁGLIA, 1979, p. 27).

Para Basaglia (1979) a loucura existe, assim como a razão, logo uma sociedade civilizada deveria aceitar tanto uma quanto a outra; aceitar a loucura como parte da razão.

O manicômio, bem como a ciência, ao mesmo tempo em que se encarrega de eliminar a loucura, torna racional o irracional, constrói a racionalidade da doença. Acerca da prevenção da doença mental, o autor a põe no plano da luta contra a miséria:

é a luta contra a miséria, é a tomada de consciência da miséria do bairro, que, no estado de degradação em que se vive, é fonte de produção de um mal-estar social e, inclusive, da loucura. Eu acho que está aí o nosso trabalho como médicos, militantes e psiquiatras (BASAGLIA, 1979, p. 34).

O papel do psiquiatra a partir deste pressuposto vem no sentido de criar uma conscientização, novos códigos para a ciência. Estes procedimentos estariam entre os principais componentes na constituição de uma Psiquiatria Social, onde se prevê, além disso, a eliminação do contexto geográfico de trabalho e a abrangência aos indivíduos das diversas classes sociais.

Identifica-se uma crítica ao trabalho clínico desenvolvido pela Psicanálise, sendo este considerado elitista, respondendo às necessidades de apenas parte da população. Quem não tem dinheiro para a análise, muitas vezes encontra o manicômio como única alternativa, e assim perde seu direito de expressar-se subjetivamente. Compreende-se a relação entre paciente e psicanalista como uma situação de reciprocidade, porque os dois se empenham no tratamento terapêutico tendo como base para isso o dinheiro (o terapeuta pelo dinheiro que recebe e o paciente pelo dinheiro que dá). No manicômio a terapia não acontece porque a relação de poder do médico torna o paciente dependente, impedindo este processo. Basaglia fundamenta seu desacordo com a Psicanálise historicamente, considerando que esta nasce em um momento crítico para a burguesia. O conceito de Inconsciente aqui é entendido como elemento chave para a compreensão de determinadas maneiras erradas de viver que se baseiam no código do pensamento burguês; isto significa que a Psicanálise pode ser um elemento de sustentação da burguesia. Basaglia também considera a omissão da Psicanálise acerca dos problemas do manicômio e o seu distanciamento da instituição psiquiátrica, devido ao característico isolamento nos consultórios. Por isso considera esta abordagem terapêutica como uma técnica e uma teoria que nada têm a ver com a psiquiatria institucional; uma ciência marginal que resolve apenas os problemas de quem tem dinheiro.

Tanto a medicina quanto a psiquiatria (embora tenham lógicas diferentes), segundo Basaglia, têm uma visão falsa acerca do homem. A medicina por ser uma ciência que se desenvolve a partir dos estudos de anatomia, ou seja, fundamenta seu saber em corpos mortos, e a psiquiatria por sua vez, constrói conhecimentos sobre uma mente morta. O manicômio como instituição do Estado, da mesma forma que as prisões, serve para estabelecer limites aos desvios humanos, marginalizando o que já está excluído da sociedade. No caso dos doentes mentais este processo de exclusão se acentua porque eles não são considerados produtivos pela organização social. Logo, nesta perspectiva, a medicina não deveria atuar apenas no corpo orgânico, mas também no corpo social, o que abrangeria além dos aspectos científicos, também os políticos e sindicais:

A ação prática que nós desenvolvemos na Itália para a transformação institucional no campo da psiquiatria foi muito importante para uma tomada de posição dos partidos de esquerda e dos sindicatos na Itália (BASÁGLIA, 1979, p. 63).

O significado político da ação do psiquiatra é de dar ao paciente uma relação alternativa que lhe apresente um sentido na vida, nos aspectos existenciais e econômicos. Basaglia apresenta um conceito histórico da loucura e, diferentemente da medicina, a localiza dentro de um determinado contexto, em um determinado tempo, abrangendo aspectos não apenas biológicos e psicológicos, mas também ecológicos, políticos, econômicos. Coloca que a principal terapia para combater a loucura é a liberdade, onde o homem possa trabalhar, ganhar e viver; e assim se tornar construtor de sua própria história.

As relações de poder aqui são abordadas e vistas como processo de dominação; no caso a dominação do médico sobre o paciente. Propõe que se estabeleça outro tipo de relação de poder em que o paciente possa se expressar subjetivamente. Compreende-se uma contradição entre o saber e o poder, onde o médico supre sua ignorância com o poder. A transformação da ciência numa nova ciência passa pela construção de um novo código, papel que deve ser cumprido principalmente pela classe oprimida que compõe o manicômio. Em outras palavras, os pacientes devem formar grupos políticos de atuação para tentar transformar a lógica estigmatizante acerca da loucura. Percebe-se que a práxis é sugerida como uma proposta focal, onde a riqueza do saber se constrói junto à situação

empírica. O conceito de ideologia também se faz presente neste discurso, considerando como necessidade desvelar a realidade e produzir uma mudança:

E, como homem eu quero mudar a vida que levo, e para isso tenho que mudar essa organização social, não com revolução, mas apenas exercendo minha profissão de psiquiatra. Se todos os profissionais exercessem sua profissão, isso seria a verdadeira revolução. Mudando o campo institucional no qual eu trabalho, mudo a sociedade (...). (BASAGLIA, 1979, p. 150).

O trabalho do Movimento Antimanicomial no Brasil em muito se aproxima das práticas de Basaglia. O Foco de atuação de Basaglia era para o fim da instituição psiquiátrica e a reinserção do louco na sociedade, onde este pudesse viver, trabalhar e construir uma vida digna social e economicamente. A questão de que os hospitais públicos são destinados principalmente àqueles que não têm condições de pagar por um tratamento que não produza com tamanha intensidade os estigmas da loucura, apresenta-se como um dos focos de discussão presente tanto nos pressupostos de Basaglia quanto do Movimento Antimanicomial. Percebe-se isto considerando que no Brasil o Movimento tem se empenhado nas críticas às instituições psiquiátricas particulares e na comercialização do tratamento da loucura. Estas críticas surgiram principalmente na década de 1960, quando foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com o surgimento desta instituição, o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, o que contribuiu para que o tratamento da loucura fosse visto como uma mercadoria.

Têm-se ainda dois significativos pontos de aproximação entre o Movimento Antimanicomial e Basaglia. Primeiramente Basaglia apresenta um conceito histórico de loucura que abrange além dos aspectos biológicos e psicológicos também ecológicos, políticos e econômicos. Neste sentido o trabalho do Movimento afirma semelhantes pressupostos a partir de sua proposta de uma clínica atuante politicamente, que leva em consideração além do tratamento destinado ao sujeito, também sua reinserção social e as discussões da temática da loucura na sociedade como um todo. Outro ponto de convergência trata da importância da práxis que em ambos os casos, tanto em Trieste quanto no Brasil, pode-se identificar na construção prática de idéias críticas através de instituições que buscam ter um olhar diferenciado acerca da loucura (menos estigmatizante

e mais abrangente, pois rompem com as questões sociais que privilegiam as regras da normalidade).

A partir destes discursos pode-se reconhecer que Basaglia se fundamenta numa visão materialista-histórico-dialética de homem e de mundo. Suas práticas são coerentes com esta matriz, rompendo com uma posição naturalista e biologicista do fenômeno da loucura, colocando este como uma produção social a partir de um sistema liberal que exclui. Para o materialismo-histórico-dialético, o homem e a sociedade que constitui estão sempre implicados pelas relações de produção, e por estas mesmas relações Basaglia pensa a instauração da loucura. As questões de classe social são avaliadas por este olhar, fazendo emergir uma crítica às práticas terapêuticas consideradas elitistas, como a da psicanálise por exemplo, argumentando contra o fenômeno da exclusão movido por este esquema. Basaglia não nega a existência da loucura, considera inclusive que pode se manifestar em qualquer sujeito como parte da condição de ser humano. Para este autor, a loucura e a não-loucura não se excluem, considerando que a ciência se empenha em fazer essa diferenciação. E ainda que seja tratado sob o rol do científico, de alguma maneira o olhar médico sobre influência das relações de produção, ligando a loucura à pobreza e à marginalidade.

3.2- O Solo Epistemológico de Cooper

Para compreender os pressupostos epistemológicos da Antipsiquiatria de Cooper foi feita uma análise da obra *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Nesta, Cooper se posiciona criticamente em relação à condição do louco na sociedade, dos rótulos que este tem de carregar, da produção destes rótulos e dos sujeitos estigmatizadores e estigmatizados em tal processo. Para tanto, o autor enfocou a esquizofrenia como um destes rótulos que deveria ser colocado em “xeque” devido a uma compreensão equivocada da doença, do contexto em que se instala e da pessoa que sofre. O indivíduo diagnosticado esquizofrênico em primeiro lugar deve se conformar a esta identidade que o mortifica e o torna inválido, visto que toda a sua experiência, seus sentimentos e sensações são continuamente desconsiderados. Estes fatores se configuram principalmente devido ao parâmetro de normalidade e às regras estabelecidas pela família e pela sociedade como um todo que abomina tudo o que escape a tais normas.

A família, a partir deste pressuposto, é vista como o núcleo principal onde se produz a esquizofrenia. Ou seja, esta seria uma doença supostamente precipitada por outros, que neste caso se refere aos indivíduos com os quais compartilha laços parentais. Aqui a ciência médica vem a colaborar para com a invalidação social destes indivíduos, o que leva à sua própria invalidação pessoal. Cooper foi um dos pioneiros a questionar o entendimento da esquizofrenia sob a abordagem clínica convencional. Propôs uma orientação diferente quanto a este diagnóstico, partindo de estudos realizados com famílias nos Estados Unidos e inspirado em estudos fenomenológicos de famílias no Reino Unido por Laing e Esterson.

A esquizofrenia por estes teóricos foi entendida como uma situação de crise microsocial onde a pessoa passa a ser identificada como “mentalmente doente”. Isto ocorre primeiramente pela família que não a vê ajustada aos princípios culturais e microculturais (aqui, em geral, a própria instituição familiar), sendo posteriormente classificadas na identidade de “paciente esquizofrênico” pelos agentes médicos. A crítica destes autores se dá no sentido de que se este processo se instala, o problema não pode estar apenas no comportamento do futuro paciente, mas em alguma falha no campo microsocial constituído por pessoas que estão em relação com o mesmo. Nas palavras de Cooper:

(...) focalizarei, particularmente, a família do paciente, uma vez que, no caso de pacientes jovens na sua primeira admissão, a família representa, em geral, as outras pessoas mais ativamente significativas, com as quais o paciente se acha comumente envolvido (1967, p.17).

Para o autor, a falta de visibilidade deste processo sistêmico acontece principalmente por um equívoco das ciências antropológicas (ou ciências do homem) ao importar certos princípios das ciências naturais sem a devida qualificação. Ou seja, a “prova” do diagnóstico é aqui entendida como impossibilidade a priori neste campo, pelo menos no sentido em que as ciências naturais se propõem a investigá-la e a compreendê-la. A medicina por uma confusão metodológica acredita ser possível obter “prova” da doença de uma forma objetiva, baseada principalmente na cuidadosa observação (fundamentos da ciência natural experimental). Temos então, a partir de Cooper, uma crítica à “importação” de determinados princípios metodológicos da ciência positivista que privilegia a neutralidade científica, o que até pode ser possível nas ciências biológicas, segundo o autor,

já que os fatos observados são inertes. Contudo numa ciência do homem essa neutralidade não existe, pois sua indeterminação é ontologicamente contínua:

Nas ciências naturais, verificabilidade e falseabilidade de hipóteses dependem da repetibilidade de situações. Nas ciências do homem, no entanto, notamos que é, em princípio, impossível a repetição de uma situação histórico-vital de indivíduo ou de grupo. Existem, certamente, todas as aparências da repetição, porém, em cada caso, descobrimos que esta repetição é o produto de um projeto ilusório de autodesistorização (COOPER, 1967, p. 20).

A crítica de Cooper não se dá diretamente à ciência positivista, mas sim à ciência positivista aplicada ao estudo do homem. Já que considera impossível a repetição de situações histórico-vitais, Cooper propõe o entendimento de dois tipos de racionalidade: a racionalidade analítica e a racionalidade dialética. A racionalidade analítica (que está inscrita na ciência natural) possui um modelo epistemológico caracterizado por uma passividade dual (tanto o observador quanto o observado se relacionam passivamente), onde se exclui a compreensão das relações intersubjetivas. Considerando que as relações intersubjetivas mediam os atos chamados “comportamentos esquizofrênicos”, Cooper elege a racionalidade dialética para compreender esta mediação. Entende-se por racionalidade dialética um método de conhecer de forma não inerte, uma práxis onde *“dois tipos de unificação se relacionam: a unificação unificante (o ato de conhecer) e a unificação unificada (o objeto conhecido)”* (COOPER, 1967, p. 24). Define-se a práxis como atos de um indivíduo ou grupo. No caso dos pacientes esquizofrênicos, suas famílias negam suas intenções vinculadas com os “atos psicóticos” deste, o que produz a aparência de um processo não relacionado à práxis (a produção destes atos no e pelo núcleo familiar). O próprio paciente pode experimentar sua relação familiar desta forma (sem suporte e contato), e para alcançar alguma coerência na sua visão de mundo produz os “delírios” como processo organizativo. Embora esteja tentando tornar mais inteligíveis os acontecimentos reais entre ele e os outros, sua experiência acaba sendo invalidada e repudiada, pois os caminhos que encontra para isto fogem às normas sociais.

O método dialético na compreensão da esquizofrenia tomado por Cooper está baseado na “Crítica da Razão Dialética” de Sartre, tratando-se, portanto, de uma matriz fenomenológico-existencial. Num primeiro momento, através deste método se localiza a

dialética constituída que trata da “*apresentação do eu, que é puro fluxo perpetuamente ultrapassando sua perpétua objetivação de si no mundo*” (COOPER, 1967, p. 26). Para uma descrição fenomenológica deste momento constituído deve-se passar por dois movimentos: o movimento regressivo e o movimento progressivo. Através do movimento regressivo chega-se a uma dialética constitutiva, onde se apreende os fatores condicionantes sócio-ambientais do indivíduo (fatores intrafamiliares, extrafamiliares, de classe econômica, sócio-históricos). No movimento progressivo busca-se atingir a síntese pessoal: “*A totalização pessoal única da totalização condicionante, na base de sua totalização de si. Atingiremos, então, a ‘verdade’ da vida da pessoa ou de algum setor específico de sua vida*” (COOPER, 1967, p. 27). Através deste método, Cooper procurou desenvolver sua investigação acerca da esquizofrenia para que assim fosse feito também um exame da família do paciente e das relações implicadas neste contexto. Assim se poderia discutir e até contestar a existência ou não da esquizofrenia, bem como a violência sutil, psicológica, mítica, mística e espiritual que o autor considerou como elementos do rótulo da doença.

A violência da psiquiatria também se apresenta como uma preocupação deste autor, considerando que aí se encontra a violência sutil da sociedade só que refratada e condensada. Ou seja, trata da violência dos “sadios” contra os rotulados de “loucos”. “*As definições de saúde mental propostas pelos especialistas usualmente correspondem à noção de conformismo a um conjunto de normas sociais mais ou menos arbitrariamente pressupostas (...).*” (COOPER, 1967, p. 32). São estas normas sociais que englobam os indivíduos num esquema de desenvolvimento relativamente igual, onde as pessoas têm “crises de identidade” mais ou menos no mesmo período (por exemplo, adolescência), atingem a maturidade, o momento de constituir família, de envelhecer e de morrer, e aí está o destino da maioria das pessoas consideradas “mentalmente sadias”. Para Cooper, desta forma as instituições sociais (família, escola, etc) condicionam os indivíduos a atingir um padrão de normalidade, o que ele prefere denominar como uma espécie de “caixa”, “prisão”. As crianças sofrem o dilema de ter de escolher a submissão total à família, o abandono total de sua liberdade, ou caso contrário, a saída do grupo. Os esquizofrênicos encontram uma saída para este dilema saindo da família, para entrar no hospital psiquiátrico. No entendimento deste autor, o hospital psiquiátrico reproduz de maneira infalível a mesma estrutura da família, onde os técnicos representam seus pais, irmãos,

irmãs, reafirmando um mesmo tipo de relacionamento interpessoal. A relação com a mãe geralmente é de completa dependência e assim o indivíduo possui dificuldade de obter condições para a realização de sua autonomia pessoal; o que se assemelha ao tratamento dos técnicos em relação ao paciente.

Cooper observou que nas famílias do paciente rotulado esquizofrênico, o mesmo sofre exigências contraditórias, fenômeno denominado “duplo vínculo”. O “duplo vínculo” pode envolver um ou ambos os progenitores. O indivíduo acaba sendo colocado numa situação em que a outra pessoa com quem se relaciona emite duas ordens de mensagem, onde uma nega a outra. Para sair deste dilema o sujeito acaba produzindo uma única resposta, aquela considerada psicótica. Ou seja, a ilogicidade do esquizofrênico tem sua origem na doença da lógica de outras pessoas. Também algumas expressões de auto-afirmação autônoma, que se manifestam sob a forma de agressão e sexualidade, são muitas vezes consideradas inaceitáveis e passam a ser invalidadas e reprimidas pela família que classifica tais comportamentos como “doentes”.

Na perspectiva de Cooper, o equívoco da Psiquiatria está em transplantar a idéia de doença que funciona razoavelmente na Medicina geral, para um campo onde os problemas se apresentam em termos de relacionamento e como tal deveria possuir uma lógica diferenciada.

A abstração usual de uma ‘pessoa doente’ do sistema de relacionamentos em que se acha imediatamente presa deforma o problema e abre caminho à invenção de pseudoproblemas, classificados e analisados causalmente com absoluta seriedade, quando todos os problemas genuínos se esvaíram despercebidos, através dos portões do hospital (juntamente com os parentes que se foram) (COOPER, 1967, p. 47).

O autor propõe que para avançar da posição atual da Psiquiatria deve-se reconhecer a complexidade dialética da realidade humana, “*procurar o movimento vital da práxis, o núcleo intencional de cada existência humana, o projeto pelo qual cada pessoa se define no mundo*” (COOPER, 1967, p. 52).

Ainda acerca da compreensão da família como produtora da doença, Cooper lança mão do conceito de alienação. Coloca a alienação como a negação das ações de um grupo e da negação dos resultados desta ação. O grupo, aqui no caso especificamente a família do

esquizofrênico, em geral se caracteriza por um alto grau de estranhamento da realidade pessoal de cada membro do grupo. Entende-se hipoteticamente que o membro da família identificado como esquizofrênico teria o “surto” como uma forma de se livrar deste sistema alienado. Estas famílias podem até apresentar uma aparente mutualidade e concórdia, contudo o que se busca é encobrir a hostilidade e rigidez, por isso acabam produzindo uma “pseudomutualidade”. Segundo Cooper, as pessoas, em geral são totalmente condicionadas à interferência dos outros e o ideal seria encontrar condições para o pleno desenvolvimento de serem sozinhas, autônomas. Este seria um caminho rumo à saúde, pois só assim seria possível estabelecer o relacionamento nutritivo com os outros.

A partir de contestações do entendimento positivista da psiquiatria acerca do paciente considerado esquizofrênico, Cooper propôs uma intervenção terapêutica a ser desenvolvida com grupos, contando com a participação da família do paciente. Estes grupos não seriam grupos analíticos uma vez que este autor critica o processo de interpretação, considerando porém, que a transferência e a projeção possam se manifestar na atividade. Coloca que a interpretação pode ser redutiva, e que certos autores psicanalíticos vêm o paciente isolado do seu ambiente humano. A finalidade destes grupos seria a de compreender o comportamento do paciente tanto no sentido horizontal (suas interações sociais com os pais e técnicos da instituição) quanto no vertical (o seu desenvolvimento na família, remontando também à história familiar de seus pais). Desta maneira poder-se-ia encontrar as formas de invalidação que se manifestam na história do “paciente”, às quais este não soube contornar tornando-se “presa” das mesmas. Cooper acredita que contando com uma orientação correta, a experiência psicótica pode conduzir o indivíduo a um “estado humano mais avançado” através de uma “identidade nova e adequada”. Neste caso a aflição e a angústia podem ser necessárias ao crescimento pessoal, e a interferência de tratamentos químicos prematuros pode deter ou distorcer tais processos.

A violência da psiquiatria também se constitui pelas técnicas repressivas utilizadas pela instituição, que vão desde o eletrochoque e a camisa-de-força à repressão química como formas de “cura”. Cooper diferencia cura de tratamento; no primeiro o objetivo é tornar o paciente mais aceitável aos outros, o segundo se refere a ajudar as pessoas a recuperarem sua integridade. Além disso, Cooper faz uma distinção entre autoridade autêntica e inautêntica. Coloca que a instituição psiquiátrica representada pelos médicos e

técnicos condensam no paciente uma série de expectativas sobre como deveriam agir, quem deveriam ser, sem levar em consideração suas necessidades individuais. Este tipo de autoridade foi denominada inautêntica devido ao seu caráter arbitrário. A liderança autêntica renuncia ao impulso de dominar os outros, de controlar o comportamento alheio.

Pode-se notar que o trabalho de Cooper esteve voltado para a compreensão da loucura, especificamente da esquizofrenia e da produção desta “doença” no núcleo familiar, sendo esta instituição reprodutora de valores socialmente estabelecidos como normais. A crítica também se refere à instituição psiquiátrica na sua visão positivista acerca da doença mental e do processo de invalidação que produz diariamente contra os pacientes, reafirmando o esquema familiar autoritário. Estas questões que envolvem a família estão presentes tanto nos pressupostos de Baságlio quanto de Cooper, mas com uma diferença. Para Baságlio, o foco está em reinserir o doente na família e tornar esta última atuante na proposta de buscar um novo olhar sobre a loucura; aspecto que se aproxima muito da atividade política do Movimento Antimanicomial junto à comunidade. Já a preocupação de Cooper, está em compreender a família como co-responsável na produção da doença mental, mais especificamente da esquizofrenia. Há outra diferença central entre os pressupostos de Baságlio e os de Cooper. O primeiro esteve muito mais interessado em acabar com os muros do hospital psiquiátrico, pois lutava pela reinserção social do “paciente psiquiátrico” na sociedade, enquanto que Cooper se ocupou mais de uma compreensão diferenciada da esquizofrenia e do seu tratamento. Percebe-se também uma aproximação entre a perspectiva de Baságlio e a de Cooper, visto que ambos concordam que um dos fatores que leva a maioria das pessoas ao hospital psiquiátrico é a insuportabilidade da vida social. Mas com uma distinção a ser feita: para Baságlio, essa insuportabilidade se dá devido às características do capitalismo que oprimem e fazem adoecer os trabalhadores, enquanto que para Cooper se dá principalmente pela “normalização” e pela imposição daquilo que é considerado saudável para a maioria dos indivíduos, fazendo adoecer (ou considerando doentes) aqueles que não se adaptam a este sistema.

Em suma, pode-se perceber que o solo epistemológico de Cooper se aproxima de uma matriz fenomenológico-existencial. O seu método de trabalho terapêutico parte da descrição fenomenológica, que como visto anteriormente, sofre influência da obra de Sartre

Crítica da Razão Dialética. Sob este mesmo olhar, o paciente psiquiátrico passa a ser considerado como uma parte da totalidade familiar, por isso o tratamento não foca no indivíduo, mas no sistema ao qual está inserido.

3.3 – Analisando os documentos e reconhecendo os Fundamentos Epistemológicos do Movimento Antimanicomial no Brasil⁷:

Conforme apontado, o Movimento Antimanicomial construiu sua história, suas estratégias e suas lutas inspirando-se em outros movimentos, cuja temática era confrontar a perspectiva da psiquiatria e as práticas provenientes deste saber que estavam numa relação direta com a idéia de conduta ‘regular’ e ‘normal’. Estes movimentos aconteceram na Europa a partir da década de 1940, com suas especificidades, aproximações e diferenças. No início do século XIX pode-se reconhecer que a loucura apreendida como objeto para a psiquiatria vem a ser o foco da produção de um campo complexo de discursos que inicialmente não se separa de um olhar moral, a começar pelas produções de Pinel. O confinamento se caracteriza como instrumento indispensável ao tratamento médico e no século XX é possível encontrar um local específico para tal prática: o hospital psiquiátrico. Levou algum tempo para que o saber produzido pela psiquiatria e as instituições psiquiátricas viessem a ser alvo de críticas e de debates. Contudo, a Antipsiquiatria, as Reformas Psiquiátricas e a Psiquiatria Democrática (também conhecida como Psiquiatria Social) provocaram uma ruptura ao questionar o olhar médico sobre a loucura, e a conseqüente exclusão social.

No Brasil, o Movimento Antimanicomial cuja proveniência se dá na década de 1980, edifica-se a partir destas práticas. Foi possível realizar através dos cinco relatórios dos encontros nacionais, uma análise para reconhecer os principais fundamentos epistemológicos do Movimento. Como visto anteriormente, a Psiquiatria Democrática de Basaglia fundada no materialismo-histórico-dialético, compreende a loucura como um fenômeno produzido socialmente. Assim, Basaglia leva em consideração as questões sociais, políticas e econômicas ao construir um saber crítico sobre a loucura. A exclusão do

⁷ Mais à frente um capítulo vai tratar especificamente da estrutura dos documentos. Contudo, cabe aqui adiantar para a leitura desta análise que cada relatório corresponde a um Encontro Nacional. Assim: 1º Encontro Nacional – relatório I, 2º Encontro Nacional – relatório II, 3º Encontro Nacional – relatório III, 4º Encontro Nacional – relatório IV, e 5º Encontro Nacional – relatório V.

mercado de trabalho, a improdutividade e as relações trabalhistas são aspectos que permeiam o discurso deste autor quando trata da marginalidade destinada aos “loucos” nas instituições psiquiátricas. Tal perspectiva o aproxima da matriz marxista, e em sua obra *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*, trabalha com conceitos como: dialética, práxis, socialismo, entre outros⁸.

Cooper, diferentemente de Basaglia, ao tratar da loucura e de suas implicações sociais apresenta uma perspectiva que se aproxima da fenomenologia e do existencialismo. O método regressivo-progressivo de Sartre apresenta-se como o principal instrumento para compreender este processo. A família em primeira instância sendo seguida pelas outras instituições sociais vem a ser o pontual foco de discussão sobre a loucura a partir do olhar de Cooper.

Para esta análise arqueológica dos fundamentos epistemológicos do Movimento Antimanicomial referencia-se também as Reformas Psiquiátricas: Psicoterapia Institucional, Comunidades Terapêuticas, Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva. Estas práticas possuem um ponto comum: em nenhuma se vislumbra a intenção de acabar com as instituições psiquiátricas, mas reformulá-las, humanizá-las. Logo foi visto que os trabalhos de Basaglia e de Cooper influenciaram mais o Movimento Antimanicomial na sua elaboração epistemológica do que as Reformas Psiquiátricas; a começar pelo lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Tal discurso propõe o fim das instituições psiquiátricas, o que já difere completamente dos principais objetivos das Reformas Psiquiátricas. Na discussão “Sobre os Manicômios” do 1º Encontro Nacional, percebe-se uma ênfase nos diferenciais entre a Luta Antimanicomial e as práticas das Reformas Psiquiátricas:

Muitas vezes existe uma tendência de se acreditar que o manicômio possa ser transformado internamente, tornando-se pensões, oficinas, etc, no entanto estas experiências parciais não conseguem reverter o modelo manicomial e sobrevivem como ilhas isoladas da luta antimanicomial, no âmbito da instituição (Relatório I, 1993, p. 13).

O projeto de acabar com os dispositivos manicomiais vem conjuntamente com a proposta de assegurar espaços alternativos de cuidados para os usuários, para que a população não fique sem assistência. No relatório II, ao discutir a identidade do

⁸ Ver fundamentação teórica: Solo epistemológico de Basaglia.

Movimento, coloca-se que: “*O Movimento deve-se pautar pela definição do eixo da desinstitucionalização e não da desospitalização e humanização.*” (Relatório II, 1995, p.05).

E no item “Exclusão da Assistência”, reafirma-se esta idéia nas seguintes palavras:

Há necessidade de se trabalhar com o conceito de serviços substitutivos e não alternativos, para provocar assim uma mudança: caminhar na direção da desinstitucionalização e não da humanização da assistência (Relatório II, 1995, p. 13).

A partir destes fragmentos discursivos pode-se reconhecer que a proposta do Movimento Antimanicomial se afasta das propostas das Reformas Psiquiátricas, já que estas últimas não primam pelo processo de desospitalização e sim da humanização destes espaços. O Movimento propõe um atendimento centrado na comunidade e na família, visto que a re-inserção social é um dos aspectos principais na luta contra a exclusão. A humanização das instituições psiquiátricas não põe fim à exclusão, apenas procura amenizar os danos causados pela violência nos atendimentos, ou ainda, propõe criar um tipo de atendimento e de ambiente que propicie a ‘cura’ das ‘doenças mentais’. Para o Movimento, o usuário não precisa ser ‘curado’, mas sim valorizado na sua singularidade, assistido no seu sofrimento e possibilitado de ter uma vida social como qualquer outro cidadão. Percebe-se então, que as propostas do Movimento divergem dos objetivos das Reformas Psiquiátricas.

No relatório I, os temas discutidos durante o encontro se aproximam enfaticamente da proposta de Basaglia e do seu trabalho realizado em Trieste na Itália, a começar pelo tema “a tragédia nacional e a produção social do sofrimento”. No tópico realiza-se uma análise da situação social, política e econômica do Brasil, considerando fatores que levam à produção do sofrimento psíquico. Neste sentido, coloca-se o seguinte:

Tendo em vista que a produção de sofrimento psíquico sofre influências históricas, sociais e culturais, acirradas em nossa sociedade capitalista pela relação do homem com o trabalho; é preciso estarmos atentos a estas raízes na elaboração de propostas de intervenção, respeitando as singularidades das situações. Neste modelo de produção, os usuários são excluídos deste processo e, conseqüentemente, marginalizados (Relatório I, 1993, p. 10).

Para Basaglia (1985), a ciência está a serviço da classe dominante e as instituições psiquiátricas se destinam à morte civil dos sujeitos que, inviabilizados pelo diagnóstico de doença mental, são lançados para fora do esquema de produção da sociedade capitalista. Para o Movimento Antimanicomial, conforme expresso neste primeiro tema do relatório I, as influências históricas, sociais e culturais estão diretamente relacionadas à produção de sofrimento psíquico. Esta mesma perspectiva está na práxis de Basaglia fundada no materialismo-histórico-dialético. O Movimento Antimanicomial articulado com outros movimentos sociais cria estratégias para que sua proposta tenha uma repercussão regional e nacional. Tal proposta fica caracterizada a partir do seguinte discurso:

O movimento da Luta Antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo, que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. (...) Na sua trajetória este movimento tem avançado da posição de um movimento de características de ‘Trabalhadores de Saúde Mental’, para um movimento social mais amplo, saindo de um caráter meramente teórico e técnico, para uma intervenção política na sociedade (Relatório I, 1993, p. 07).

Tanto para Basaglia quanto para o Movimento Antimanicomial, a loucura deve ser reconhecida como um fenômeno produzido socialmente, atravessado pelas questões políticas e econômicas. Manter e construir parcerias com outros movimentos sociais e sindicais constitui um importante plano de ação para que a Luta Antimanicomial atinja maior repercussão e concretize seus objetivos de acabar com a exclusão propiciada pelas instituições psiquiátricas, assim como, enfatizar a produção da loucura pelo sistema neoliberal. No 1º Encontro Nacional foi colocado o seguinte posicionamento político:

A atual conjuntura político-econômica-social, é responsável pela tragédia da produção social do sofrimento psíquico. A sociedade produz a neurose; o sistema leva as pessoas a serem consumistas, porém a pobreza não é a única responsável pelo sofrimento psíquico. A contradição social leva a desigualdade, culminando com a produção do sofrimento. A desigualdade traz o estigma às pessoas que não correspondem ao ‘modelo’ de uma sociedade que se diz perfeita, se tornando um ser desviante. A sociedade não é consciente de sua desestruturação e do quanto ela contribui na produção do sofrimento (Relatório I, 1993, p. 43).

Este posicionamento corresponde aos pressupostos apresentados e discutidos por Basaglia, onde este autor trata a loucura através de um olhar histórico-crítico. A construção

de alianças com outros movimentos sociais e sindicais afirma a influência da matriz marxista nas práticas do Movimento Antimanicomial, visto que a mesma atravessa grande parte destas lutas. Tal tendência epistemológica torna-se aparente em vários outros discursos que compõem as estratégias de luta, como este a seguir:

Contra a mercantilização da doença. Contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária. Por uma reforma sanitária democrática e popular. Pela organização livre e independente dos trabalhadores. Pelo direito à sindicalização dos serviços públicos. (Relatório I, 1993, p. 42).

Para Basaglia (1985) a lógica terapêutica deve sempre estar de acordo com a lógica de luta de classes, e a práxis do Movimento Antimanicomial condiz com este olhar. Novamente a participação junto a outros movimentos sociais e sindicais evidencia tal postura. Esta discussão tem continuidade nos Encontros Nacionais posteriores, o que demonstra a importância destas estratégias que caracterizam a Luta Antimanicomial. As moções de apoio apresentadas em todos os relatórios efetivam a aproximação do Movimento com, por exemplo: o MST, Movimento Negro, Conselhos Federais de Medicina, Biologia, Farmácia e Serviço Social, etc. Assim, a aproximação se dá também com diversas classes profissionais e outros agentes sociais que sofrem preconceitos e exclusão. Além do 1º Encontro, como já foi citado, seguem fragmentos discursivos de Encontros posteriores que abordam estas questões:

Há necessidade de inserção em outros movimentos sociais. Deve-se ampliar a discussão da exclusão em outros coletivos (Movimento Negro, Mulheres, Sem-Terra, etc). Faz-se necessário o resgate da bandeira da desinstitucionalização levantada pelo Movimento, não só para a loucura, mas para toda a sociedade. (Relatório II, 1995, p.05).

O Movimento se dispõe a uma parceria com os movimentos sociais de outros segmentos afetados pelo artigo 5º⁹, como por exemplo, os surdos-mudos, que muitas vezes são indevidamente declarados incapazes para a vida civil (Relatório III, 1997, p. 03).

Conscientizar que as propostas não são uma questão particular, e sim de militância política de toda a sociedade brasileira (Relatório V, 2001, p. 22).

⁹ O artigo 5º, inciso II do Código Civil se refere à incapacidade dos “loucos de todo gênero” para os atos da vida civil.

Para Basaglia (1985), o capitalismo torna-se um sistema opressor e excludente a todos os indivíduos que não correspondem à norma (produzida pelo mesmo) e que não se incluem no esquema da produtividade. Sendo assim, a psiquiatria é vista por este autor como parte desta engrenagem, onde as instituições psiquiátricas são espaços depositários de todos aqueles cuja subjetividade e comportamento foge à norma: os improdutivos: os loucos. Coloca que a psiquiatria reprime e oprime a classe operária que não produz. O Movimento Antimanicomial se aproxima desta perspectiva quando apresenta a seguinte proposta de ação:

A superação do significante invalidez/validez existente dentro do conceito do trabalho na lógica capitalista, é necessária no sentido de inversão desta para uma relação de troca social (Relatório II, 1995, p. 12).

No relatório II, foram encontrados outros fragmentos discursivos que condizem com esta discussão apresentada por Basaglia:

A sociedade capitalista, com sua mentalidade massificadora, abafa a subjetividade do homem, principalmente do homem que está sob sofrimento psíquico (o louco). Abandona-o, pois ele não tem força de trabalho para oferecer. A cultura predominante é a cultura da submissão e delegação de responsabilidade. Precisamos criar cultura de autonomia, autoria e cidadania. O ser humano quando adocece mentalmente sofre um gelo social. É preciso abrir uma possibilidade de diálogo deste ser humano com o restante da sociedade (Relatório II, 1995, p. 9).

Considerou-se o momento histórico do capitalismo avançado (projeto neoliberal) com características evidentes de exclusão do mercado de trabalho. (...). Explicita-se assim uma posição político-ideológica clara do movimento, e seu enfrentamento ao projeto neoliberal (idem, p. 11).

Repúdio à política neoliberal do governo federal que cada vez mais aumenta o número de excluídos. Investir no mercado de trabalho, nos setores de economia popular, para inserir o usuário num trabalho que não seja gerador de mais sofrimento (idem, p. 12).

O relatório III apresenta-se em coerência com esta perspectiva na primeira pauta de discussão ‘Legislação e Cidadania: a construção do sujeito de direitos’, onde coloca como proposta de ação:

Rever os critérios e legislação da aposentadoria e auxílio desemprego, adequando-os às necessidades individuais e considerando sua menor condição de competitividade (Relatório III, 1997, p.05).

E finalmente, o relatório V estende esta discussão apresentando os seguintes eixos de luta, no sentido de romper com a lógica capitalista de exclusão aos indivíduos considerados loucos:

Fomentar processos de geração de emprego e renda através do estabelecimento de parcerias com o setor privado e outros segmentos da sociedade (Relatório V, 2001, p. 17).

Que sejam garantidos os direitos trabalhistas, estipulados na CLT, aos usuários dos Serviços de Saúde Mental já inseridos no mercado formal de trabalho. Que os processos de ingresso no mercado de trabalho respeitem as características dos Portadores de Necessidades Especiais, não estabelecendo barreiras para eliminá-los (idem, p. 18).

Criar rede de economia solidária em todos os setores sociais (idem, p. 23).

A partir de tais posicionamentos do Movimento Antimanicomial pode-se perceber que o tema ‘trabalho’ tem sido um dos principais focos de discussão. Além destes fragmentos colocados para ilustrar a questão, pode-se ainda encontrar prolongadas discussões sobre a exclusão do mercado de trabalho em relação aos indivíduos considerados improdutivos; estes que carregam a tarja escura da “doença mental”. Este debate acontece desde o 1º Encontro Nacional, e no relatório II referente ao 2º Encontro, um eixo temático apresenta-se totalmente voltado à “Exclusão no Trabalho”. A discussão segue no 3º Encontro onde também um capítulo do relatório correspondente é dedicado a elucidar este fator social, com o tema “Trabalho: a construção da auto-gestão”. A partir destas questões, o Movimento procura construir estratégias que possibilitem a re-inserção do ‘louco’ no mercado de trabalho, para liquidar com o estigma que o considera e o torna

incapaz de produzir e viver daquilo que produz. Cooperativas, associações, bolsas de trabalho, são algumas formas encontradas de tornar isso viável, além da luta que visa à introdução no mercado formal. As propostas de Basaglia em Trieste também caminharam neste sentido, abrindo espaço para a prestação de serviços, a produção artística e intelectual. Este processo ganhou amplitude, o que resultou numa desconstrução dos saberes e práticas produzidos sobre a ‘loucura’. Logo, na Itália a desinstitucionalização esteve vinculada a esta práxis, viabilizada principalmente pela questão do trabalho. No tema “A invenção da assistência” do relatório I do Movimento, surge uma proposta que se aproxima do modelo de trabalho realizado em Trieste. Tal proposta expressa o seguinte:

Proporcionar oficinas de trabalho com atividades variadas e funcionando como espaço de socialização, que possibilitem a remuneração do que foi produzido. A questão da remuneração de usuários deve ser aprofundada, levando-se em consideração os seguintes eixos: trabalho formal X informal, tutela pública e/ou institucional, interesse ou desvalorização nos produtos por serem de usuários, exploração da mão-de-obra, financiamento dos serviços que montarem oficinas, formação e qualificação dos usuários, estar atento ao estigma no mercado formal de trabalho” (Relatório I, 1993, p. 12).

A produção artística e a construção de possibilidades para que os usuários possam renda própria são temas que atravessam todos os relatórios do Movimento até o 5º Encontro Nacional. O relatório I apresenta proximidade com as atividades desenvolvidas em Trieste, também no trecho que se segue:

A criação de espaços que promovam estas relações de troca devem acontecer em espaços públicos onde possibilitam a integração de pessoas da comunidade com a população envolvida no sofrimento mental, como nos parques públicos, centros esportivos, centros comunitários nos moldes dos centros de convivência e cooperativa, que fazer parte da rede alternativa. Um exemplo destes espaços são as oficinas de trabalho que acontecem o dia todo e que depois vendem seus produtos em feiras livres, promovendo assim a quebra de preconceitos, tal como acontece com a oficina realizada pelo Projeto Feira D. Pedro II, no Rio de Janeiro. A questão de critérios de divisão do dinheiro adquirido pela venda dos produtos são discutidas visando resgatar o poder de cidadania de cada participante (Relatório I, 1993, p. 16).

Este discurso provém da idéia de que a Luta Antimanicomial deve intervir na cultura para findar com as relações de exclusão, tendo a produção artística como instrumento importante para este processo. É o que se pode perceber na experiência do movimento “Loucos pela vida” em Juqueri e a da “Rádio Tam-Tam”, em Santos. Ambas as experiências utilizam a arte para produzir um outro olhar sobre a loucura que seja criativo, dinâmico e não estigmatizante. A arte logo se torna uma ferramenta fundamental em todos os trabalho do Caps e as oficinas incentivam constantemente este aspecto. Já neste sentido, fica evidente que a ‘loucura’ não embota a capacidade que os indivíduos têm de produzir, e mais do que isso: produzir criativamente. Nem sempre se valoriza a inovação no mercado de trabalho, dando lugar à eficácia e a eficiência que se dirige apenas à finalidade da produção com vistas a atingir as exigências do capital. Aqueles que não se enquadram neste sistema de demanda geralmente acabam ficando de fora, embora tenham contribuições a oferecer. No 2º Encontro Nacional, a partir das discussões do eixo temático sobre trabalho evidencia-se o caráter excludente do projeto neoliberal:

Criar estruturas de trabalho (associação e cooperativas) que respeitem as singularidades, viabilizando a inserção no mercado de trabalho sem criar guetos de usuários e que a produção seja de qualidade. Cuidados para não se reproduzir o caráter excludente que é próprio da produção atual (Relatório II, 1995, p. 12).

No 3º Encontro continua o debate sobre o contexto histórico atual, onde se questiona o projeto neoliberal e a globalização da economia. Considera-se que estes fatores restringem progressivamente os direitos sociais da população de obter realização humana através da atividade produtiva:

O trabalho é construtor de cidadania, um instrumento de inserção social e um direito capaz de viabilizar outros direitos da vida. As cooperativas surgem como uma das estratégias de produção de bens de consumo e de relações sociais, como proposta de enfrentamento da loucura e do mercado de trabalho. Por outro lado, as cooperativas constituem-se em espaços de intervenção cultural com a sociedade, pois propõem, de forma coletiva, a geração de cultura e de bens. A superação do significativo invalidez/validade existente dentro do conceito do trabalho na lógica capitalista, é necessária no sentido de inversão desta para um relação de troca social. (Relatório III, 1997, p.12).

A partir deste posicionamento, várias propostas são encaminhadas e a mesma discussão se estende até o relatório IV no eixo temático “Cooperativas Sociais: reconstruindo o direito ao trabalho”, através do qual a luta antimanicomial expressa o desejo de implantar e manter os projetos de Cooperativas Sociais amparados pela lei 9.867, de 10/11/99. O intuito se dá no sentido de propiciar autonomia aos usuários dos serviços substitutivos e desfazer a associação doença mental / invalidez, ligada ao trabalho. Por último, o relatório V, ao colocar em pauta a reorganização do modelo assistencial, sustenta a seguinte proposta:

Que os serviços substitutivos proporcionem, através da criação de associações de usuários e familiares e de cooperativas sociais, a criação de uma nova cultura que viabilize ações de saúde mental, tais como projetos de geração de trabalho e renda, de lazer e culturais (Relatório V, 2001, p. 11).

Neste mesmo relatório, a partir do tema “Direito, acessibilidade e cidadania” várias propostas são apresentadas com o objetivo de garantir a re-inserção dos usuários no mercado de trabalho, resgatando sua saúde, dignidade e cidadania com a segurança dos direitos trabalhistas. Assim como para Basaglia, para o Movimento Antimanicomial também é fundamental que os indivíduos considerados loucos tenham a oportunidade de construir sua auto-gestão econômica. Através desta conquista amplia-se o horizonte de possibilidades para que novas formas de sociabilidade sejam estabelecidas e, em consequência, outras maneiras de subjetividade sejam expressas. Sabe-se ainda que o tema ‘trabalho’ ocupa lugar central no materialismo-histórico-dialético, matriz à qual está inscrita a tradição iniciada por Basaglia com a Psiquiatria Democrática. Inspirando-se nesta tradição, o Movimento Antimanicomial aproxima o seu solo epistemológico da mesma matriz.

O Movimento se liga à perspectiva de Basaglia, também no sentido de compreender a prática clínica como um ato político. No tema “a invenção da assistência: impasses e possibilidades na construção das práticas antimanicomiais”, encontra-se esta evidência no seguinte posicionamento:

Sabe-se que o modelo terapêutico de instituição até hoje preconizado só produzia efeitos através das práticas clínicas. No

entanto, hoje se reconhece a necessidade de se considerar a complexidade das relações sociais, políticas, econômicas e peculiaridades da condição humana como forma de construir múltiplas e criativas possibilidades de assistência em saúde mental (Relatório I, 1993, p. 11).

Sugere-se uma prática clínica que compreenda a saúde como um processo que não está dissociado das implicações da cultura, da interdisciplinaridade, dos movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos. A proposta de fazer do trabalho clínico um ato político aproxima o Movimento do conceito de que a loucura é produzida historicamente; olhar apresentado por Basaglia. Quanto a este aspecto, o relatório II, ao tratar da Identidade do Movimento, coloca que:

O Movimento defende uma política de saúde mental pública e gratuita, de acordo com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde). Posiciona-se contrariamente ao incentivo, por parte do poder público, de iniciativas privadas no campo da saúde mental, que o desobriguem de cumprir o seu papel (Relatório II, 1995, p. 05. item 3.7).

Neste mesmo relatório, no eixo temático “Exclusão na Assistência”, esta discussão se estende:

Houve polêmica sobre a prestação de assistência de forma substitutiva por instituições privadas, sustentando-se que o Ministério da Saúde teria que priorizar a oferta pública desses serviços (Relatório II, 1995, p. 14).

E no 3º Encontro no debate sobre o direito à inclusão nos planos de saúde, coloca-se o seguinte:

Ressaltar que é responsabilidade do SUS o atendimento em saúde a todos os cidadãos, porém, considerando os direitos dos usuários de planos de saúde cabe afirmar que: - o atendimento em saúde mental deverá ser feito apenas em serviços substitutivos e garantindo os direitos de cidadania (Relatório III, 1997, p. 06).

Em sua obra *Instituição Negada*, Basaglia comenta as diferenças entre a internação numa clínica particular e num hospital psiquiátrico público. Para este autor, o segundo prejudica muito mais a vida social do paciente, pois os estigmas atingem facilmente as pessoas que têm menor poder econômico. Aqueles que têm como única alternativa o

hospital psiquiátrico, por não poderem pagar um atendimento particular, estão mais propícios a serem condenados à exclusão social. A proposta do Movimento Antimanicomial de oferecer o mesmo tipo de atendimento em saúde mental a todas as pessoas (independente de suas condições sócio-econômicas) e acabar com a comercialização que se estabelece pelos hospitais particulares (valendo-se do tema da loucura), vem ao encontro da perspectiva deste autor.

Além da repressão que inviabiliza a participação dos loucos no processo de produtividade social, Basaglia discute também a opressão resultante do saber médico. Coloca que a psiquiatria tradicional mantém uma relação de poder inflexível com o ‘doente mental’, aniquilando a sua capacidade de escolher e de se manifestar enquanto sujeito. O discurso do louco é invalidado e as instituições psiquiátricas viriam a produzir desta maneira, a morte civil das pessoas confinadas nestes espaços. Ao impor esta, como única forma de existência, a ciência que está a serviço da classe dominante¹⁰ resolveria o problema de ter que lidar socialmente com indivíduos incompreensíveis, imprevisíveis e considerados perigosos. Para o autor, a violência produzida nos manicômios é um poder legitimado aos técnicos, servindo como meio da sociedade não expor abertamente a sua própria violência. Cabe ao psiquiatra e aos outros profissionais atuantes nestes espaços, administrar o poder da violência, adaptando os indivíduos a aceitar a sua condição de “objetos da violência”. Minimizar, atenuar, as reações dos excluídos em relação aos técnicos (os excludentes), seria o único objetivo do ato terapêutico. De tal maneira, Basaglia não nega a existência da doença mental e a coloca como parte da condição humana de existência, ou seja, trata como uma possibilidade dentre as diversas maneiras de existir. O problema para este autor, não é a doença mental especificamente, mas o tipo de relação que se estabelece com o doente nas instituições. A solução vislumbrada para tal questão seria a participação do médico num processo dialético, onde este seria apenas um dos pólos de tal dialética. O produto deste tipo de relação romperia com a lógica opressiva da psiquiatria.

A crítica também vem em função do saber da medicina fundado apenas em fatores biológicos. Para Basaglia e a Psiquiatria Democrática, a loucura deve ser entendida a partir de um olhar histórico, considerando as questões biológicas e psicológicas não dissociadas

¹⁰ O conceito de classe social é um dos aspectos apresentados na produção de Basaglia.

dos aspectos políticos e econômicos. Esta perspectiva se apresenta condizente com a proposta de fazer da clínica uma intervenção política na sociedade, como tem sido discutido pelo Movimento Antimanicomial. A loucura deve ser aceita como um fenômeno ao qual todo indivíduo está sujeito a experimentar, por isso, conforme aponta o autor, faz parte da condição de ser humano. Neste sentido deve-se rechaçar qualquer forma de tratamento opressor e repressor que estará sendo ditado por uma norma prescrita pela ciência. Para acabar com este olhar estigmatizante seria necessário investir para a re-inserção do louco na sociedade, pois tornaria viável qualquer tipo de expressão, permitindo a diversidade e rompendo com a norma. Bem como o posicionamento deste autor, para o Movimento Antimanicomial a re-inserção do louco na sociedade poderia servir como detonador da norma. Os esquemas de confinamento das instituições psiquiátricas emperram este processo, por isso a luta central provém do lema “por uma sociedade sem manicômios”. O saber edificado pela ciência médica passa a ser questionado e ficam no ar as mesmas perguntas: O que é a loucura? Como é produzida? Quais suas conseqüências? Até que ponto é sinônimo de sofrimento? Um olhar histórico-crítico permeia a análise destas questões tanto em Basaglia quanto no Movimento Antimanicomial

Ao propiciar práticas que visam aniquilar com as formas de opressão e que possibilitem a expressão de singularidades, o Movimento Antimanicomial evidencia estar de acordo com tal posicionamento nos seguintes discursos encontrados nos relatórios do 1º, 2º, e 3º Encontros Nacionais:

Como movimento social e político ele nos aponta pra alianças possíveis, e para uma ética que deve regê-lo, que tem uma identidade clara com a luta contra todos as formas de opressão (Relatório I, 1993, p. 07).

Realizar revisão epistemológica e teórica sobre a concepção do homem e a ‘doença mental’, no espaço universitário (Relatório II, 1995, p. 11).

A nova organização deve ser repensada em conjunto com a clientela. Esta reflexão gera concretude e contornos nesse novo modelo. Destacamos o princípio da equidade pra resgatar o respeito às diferenças. (...). Historicamente as instituições vêm buscando sua ordenação visando a linearidade do comportamento. Num novo modelo de assistência, as instituições não deveriam ser excludentes, tendo como um dos nortes de reflexão: com que ordem social estão se comprometendo? Como construir uma ordem que

comporta a diferença e o inesperado? Qual é o limite entre assistir e excluir?. (...). O saber, enquanto poder, acentua o processo de exclusão na assistência? O saber deve ser construído numa relação de parceria, não hierarquizada, onde cada qual traz elementos do seu conhecimento particular. O envolvimento de movimentos sociais e da comunidade local e acadêmica, viabiliza a construção de outros saberes. Não se nega os diversos saberes, porém isso não implica em sua utilização como instrumento de poder. As práticas antimanicomiais estão produzindo um saber teórico, pois são práticas que levam em consideração a história e a cultura na produção de metodologias que incluem a subjetividade, diferentemente da ciência tradicional (idem, p. 13).

Reafirmar que a mudança da cultura manicomial deve acontecer na sociedade em geral, e entre os usuários, familiares e técnicos em particular (Relatório III, 1997, p. 09).

Nesta discussão alguns fragmentos discursivos se aproximam da perspectiva de Foucault, onde o que está em foco são as relações de poder provenientes daqueles que detém o saber. A *História da Loucura* trata precisamente do saber e das práticas da psiquiatria, atreladas às instituições, regulamentações sociais, urgências econômicas e políticas. Assim, o saber oficial da psiquiatria, que surge no início do século XIX, adquire um status de poder importante. Há uma aproximação com esta perspectiva nos trechos abaixo:

Na invenção da assistência deve estar sempre presente uma reflexão radical sobre as questões da assimetria do poder dos técnicos em relação aos usuários (Relatório I, 1993, p. 14).

As práticas antimanicomiais devem passar pela revisão do papel dos técnicos da saúde, no seu papel de poder diante do doente (idem, p. 51).

É necessário um cuidado para o doente não ser ‘o mal’ e o psiquiatra ‘o bem’. Também é preciso cuidar para que o psiquiatra não seja ‘o mal’ e o paciente ‘o bem’. As relações não são tão simples. (Relatório II, 1995, p. 10).

Contudo, em se tratando de relações de poder, pode-se dizer que Baságlio também trabalha com esta temática, mas distintamente da abordagem dada por Foucault. Em Foucault as relações de poder não têm somente caráter repressivo, mas também criativo e produtivo, embora a “verdade” sempre esteja ligada ao poder. A repressão não se restringe

apenas à força da proibição e é justamente por isso que o poder circula e se mantém aceito, porque ele também produz discursos e formas de saber. Continuamente novas técnicas são criadas para que tais efeitos possam circular em toda a extensão do corpo social. Já para Baságlia, a ênfase está nas relações de poder que geram a opressão, a exclusão e a violência. Supõe-se que este autor se inspirou em Foucault para construir sua análise crítica, mas com um direcionamento totalmente diferente, influenciado pela matriz marxista. Logo, os fragmentos citados acima, estão mais próximos do conceito de ‘relações de poder’, discutido por Basaglia.

A rearticulação do saber aparece como um dos temas centrais do Movimento Antimanicomial, e a educação dos profissionais que atuam na área da saúde, é a maneira estratégica de levar à concretude este objetivo. A desinstitucionalização deve ser construída a partir de uma outra concepção de sujeito que dê espaço à expressão do diferente e do inesperado; olhar distinto da psiquiatria tradicional que visa a ordenação e linearidade de comportamentos. No novo modelo de assistência proposto pelo Movimento, as instituições não devem ser excludentes, devem sim construir outras práticas e saberes a partir de específicos contextos históricos, evitando reproduzir modelos prontos. Critica-se as práticas da psiquiatria tradicional consideradas como oficinas de reparação. Os saberes neste novo modelo não devem ser utilizados como instrumento de poder, e sim ser construídos numa relação de parceria (não hierarquizada) onde todos podem contribuir com seu conhecimento particular. A produção de outros saberes aconteceria através do envolvimento com os movimentos sociais, a comunidade e a academia. Desta maneira, as práticas antimanicomiais possibilitariam a edificação de um saber teórico que não está dissociado da história e da cultura, propiciando a elaboração de outras metodologias.

Essa discussão apresentada no relatório II faz emergir a necessidade de intervir na formação dos profissionais em saúde mental. Para tanto, o quadro curricular e as práticas devem corresponder às mudanças provocadas no modelo assistencial que assume caráter antimanicomial. O termo “internação” é substituído pelo conceito de “atenção psíquica intensiva”, sugerindo o atendimento nos momentos de crise sem levar necessariamente à hospitalização. A produção de outros saberes coerentes com as propostas do Movimento traz como eixo de luta: solicitar ao Ministério da Educação a inclusão da matéria sobre saúde mental no ensino fundamental e médio, e sugerir às Universidades a inserção do

tema “Abordagem antimanicomial em Saúde Mental”. O currículo dos futuros profissionais deve ser modificado, contando para isso com a participação de usuários e familiares¹¹. No 5º Encontro Nacional apresenta-se a proposta de solicitar ao Ministério da Saúde a realização de uma campanha que forneça à população informações sobre a atuação dos novos serviços em saúde mental, contribuindo para a desmistificação da loucura. E, sobre o tema “recursos humanos”, tem-se em vista os seguintes objetivos:

Promover maior interação e cooperação entre centros universitários formadores de recursos humanos para a área de saúde mental. (...). Inserir nos currículos dos profissionais de saúde em geral a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, trazendo tal discussão para os conselhos de classe, universidades, escolas técnicas, conselhos de saúde e para a sociedade como um todo (Relatório V, 2001, p. 16-17).

Nota-se que a produção de outros saberes construídos a partir dos serviços de atendimento em saúde mental nesta nova assistência, é um tema focal que atravessa praticamente todos os relatórios dos Encontros Nacionais. Vislumbra-se o saber sem que este esteja necessariamente ligado ao poder. Pressupõe-se que isso seria possível à medida que estes saberes fossem construídos de maneira não hierarquizada, onde todos os envolvidos (técnicos, usuários, familiares, comunidade) contribuiriam com a sua experiência e o seu conhecimento. Acredita-se que assim as formas de repressão e opressão, produzidas pela psiquiatria clássica, perderiam seu lugar por um outro tipo de conhecimento e de prática, coerentes com determinado contexto social e com as necessidades singulares de cada sujeito. A viabilidade de construir um saber não aprisionado pelas tramas do poder é uma discussão presente também na obra de Baságlia, conforme visto anteriormente.

Para o Movimento Antimanicomial considera-se imprescindível o envolvimento da família e da comunidade no processo de desinstitucionalização, da mesma forma que para Basaglia a superação dos manicômios deve ser uma luta de toda a sociedade. A família exerce papel central neste processo, pois ao re-inserir o seu parente que antes estava sob os cuidados de uma instituição, estará contribuindo no sentido de romper com a opressão

¹¹ Estas questões são apresentadas no relatório III a partir do eixo temático: “Cultura: a construção do sujeito ético-estético”.

social representada pelas práticas dos hospitais psiquiátricos. Em outras palavras, a família se configura numa instituição capaz de romper com os valores sociais da norma, à medida que aceita o diferente em seu próprio seio. Para que esta idéia se concretize é preciso que a família esteja preparada para receber esta pessoa de volta, concebendo um outro olhar sobre a loucura; o mesmo vale para a comunidade e as demais instituições. Sobre esta questão o relatório I apresenta os seguintes eixos de luta:

Articulação do movimento da Luta Antimanicomial no sentido de fortalecer os movimentos de familiares que se criam dentro do movimento, facilitando a sua interlocução com outros familiares e contrapondo-se com organizações que apóiam às intenções manicomiais e o ganho financeiro através deste modelo assistencial (Relatório I, 1993, p. 08).

O movimento de Luta Antimanicomial deve ter sempre presente o fato de ser um movimento de toda a sociedade. A ligação do setor de saúde deve ser constante com a população, numa troca enriquecedora de experiências. Discutimos no grupo os recursos que o movimento deve utilizar para romper a cultura manicomial. (...). O movimento deve patrocinar palestras nas escolas, nas igrejas, associações de bairros, indústrias, faculdades etc, para divulgar, informar e formar agentes multiplicadores da Luta Antimanicomial. (...). Outra forma de mobilizar a sociedade será articulando os vários segmentos culturais através da promoção de atividades expressivas como a música, o teatro, a poesia. Estes eventos culturais se dariam sempre na rua com o objetivo de criar mecanismos de troca, comprometendo, envolvendo a comunidade (idem, p. 15).

O relatório II, ao propor estratégias de luta quanto à atuação no âmbito social, também compartilha da idéia de que é preciso estender a discussão e esta práxis para toda a sociedade. No eixo temático “Exclusão na Cultura”, apresenta o seguinte posicionamento:

O Movimento Antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios, pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomiais fora do hospital. É necessária uma mudança ampla a nível da sociedade, onde se resgate o respeito pela subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade. Deve-se enfatizar a igualdade do direito de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal (Relatório II, 1995, p. 9).

Neste discurso pode-se perceber uma aproximação com a visão de Baságlia no sentido de considerar a loucura não um diagnóstico ou uma situação institucionalizada, mas uma crise vital possível a qualquer ser humano. No relatório III, no tópico “Atenção ao

Adulto”, também se reconhece uma aproximação com este autor acerca do enfoque dado à importância da inclusão da família e da sociedade como um todo na luta antimanicomial. Isto fica claro na seguinte proposta de ação:

Incentivar a criação de novas Associações de Usuários e Familiares, priorizando a coordenação pelos mesmos, fortalecer as já existentes e dar suporte para que participem de movimentos sociais, culturais e políticos (Relatório III, 1997, p. 19).

Ainda nesta mesma perspectiva o relatório V, ao debater o item “Organização de Familiares”, apresenta os seguintes eixos de luta:

Considerar como uma das prioridades a organização dos familiares, para uma maior e mais ativa participação no movimento, intervindo, por exemplo, para que os serviços substitutivos se abram efetivamente para acolher os familiares. Proporcionar um maior esclarecimento aos familiares sobre questões que envolvem a saúde mental, tais como: processo saúde/doença, tratamento, papel dos diversos segmentos envolvidos, dentre outros. Ampliar os espaços de divulgação e informação dos princípios do Movimento da Luta Antimanicomial, ressaltando a importância da participação dos usuários neste processo. Integração da família como agente atuante na formação de cooperativas, para que haja geração de emprego e renda. Criar comissões de familiares para fiscalizarem os serviços de atenção em saúde mental (Relatório V, 2001, p. 21).

A lógica terapêutica não pode estar dissociada da lógica de luta de classes, é o que aponta Basaglia a partir do materialismo-histórico-dialético. Conforme já visto, a compreensão de loucura pelo Movimento está em acordo com esta perspectiva, onde se considera tal fenômeno como produto de um sistema capitalista que oprime a classe operária improdutiva. Por outro lado, o sofrimento psíquico se caracteriza como um reflexo da própria sociedade que apresenta um contexto político e econômico arbitrário e explorador. Segundo Basaglia, para construir uma ciência menos opressora deve-se levar em consideração a loucura como um fenômeno diretamente relacionado à organização do trabalho na sociedade. Se a ciência atentar para a produção de subjetividades em meio às contradições do capital, ela estaria realmente interessada em servir às necessidades daqueles que fogem à norma. O relatório I apresenta uma discussão sobre estes aspectos no tema “A tragédia nacional e a produção social do sofrimento”. Sobre a estrutura

organizativa do movimento pode-se encontrar o mesmo posicionamento político no relatório II. Nestes localiza-se os seguintes discursos:

A partir da análise da situação social, política e econômica brasileira que se configura como produtora de grandes sofrimentos, entre eles o psíquico, levantamos as seguintes reflexões acerca do posicionamento do movimento, frente a tal realidade: Inserir a questão da saúde mental em todos os movimentos sociais, sindicais, conselhos representativos, etc. uma vez que esta discussão extrapola o binômio saúde-doença. O movimento de saúde mental caminhará para o exercício pleno de todos através da articulação com estes movimentos (Relatório I, 1993, p. 10).

É preciso que o movimento atinja toda as classes sociais, que a cultura popular possa ser usada como recurso facilitador na cultura antimanicomial (idem, pág. 15).

O movimento deve articular-se e participar de outros movimentos sociais (Relatório II, 1995, p. 6).

É reconhecido que Basaglia foi um dos precursores mais importantes da Psiquiatria Democrática que se iniciou na Europa, na década de 1960. Na mesma época tem-se outra experiência que surge da crítica à psiquiatria e à compreensão de doença mental produzida pela mesma, sendo Cooper um dos principais representantes deste outro olhar, junto de Laing e Esterson, na Inglaterra. Identificou-se a partir dos cinco relatórios dos Encontros Nacionais do Movimento Antimanicomial, as contribuições de Cooper como uma das matrizes de conhecimento nesta Luta. Enquanto Basaglia representa um olhar materialista-histórico-dialético, pode-se dizer que as propostas de Cooper que configuram o movimento denominado Antipsiquiatria se fundam em um olhar fenomenológico-existencial¹². Uma das críticas da Antipsiquiatria está nos estigmas produzidos pela Psiquiatria, principalmente o de esquizofrenia. Para Cooper, a esquizofrenia não deve ser considerada uma patologia, mas uma experiência existencial que pode ser desencadeada como resposta saudável a um contexto doentio. A principal crítica de Cooper se dirige à medicina que fundada em princípios metodológicos de uma ciência positivista, pressupõe a neutralidade. Para este autor, não é possível compreender o homem com tal neutralidade, sendo esta idéia um equívoco das ciências antropológicas que importam alguns princípios das ciências naturais. A medicina, no caso, fundada num dos métodos da ciência natural, comete um erro ao crer

¹² Para melhor compreender esta afirmação, ler sobre os fundamentos epistemológicos do Movimento Antimanicomial: ‘Solo Epistemológico de Cooper’, parte da fundamentação teórica desta dissertação.

ser possível dar um diagnóstico exato de doença mental baseando-se na observação cuidadosa. As ciências antropológicas não concebem a repetição de experiências histórico-vitais de um sujeito ou de um grupo, e a medicina está alienada destes princípios. Para Cooper, a esquizofrenia deve ser considerada uma vivência válida, uma vez que os delírios contribuiriam como um processo organizativo e não patológico, sempre manifesto de forma particular. A psiquiatria, segundo esta perspectiva, invalidaria uma experiência que deve ser considerada como resposta saudável a um contexto nada assertivo.

Os estigmas produzidos pela psiquiatria foram, portanto, uma das críticas de Cooper, pois invalida a experiência singular de cada um. No tema comum do relatório I coloca-se em questão alguns rótulos que podem ser produzidos também pelos serviços substitutivos:

...a discussão acerca do uso feito entre nós do termo ‘usuário’, traz em si, ainda, características rotuladoras e que deve ser questionado no sentido de que ele restringe a plenitude dos sujeitos, como se eles somente usassem o serviço e não pudessem ter uma identidade própria e melhor definida como pessoas que participam ativamente na sociedade (Relatório I, 1993, p. 07).

Sobre a Assistência Alternativa neste mesmo relatório, onde se dá atenção à maneira com que as intervenções se configuram e se busca ter o cuidado para evitar repetir o modelo de exclusão dos hospitais psiquiátricos (ou criar outros), segue esta discussão:

Evitar que as oficinas tornem-se lugares estigmatizadores. O maior desafio é romper, mexer na relação de poder entre técnicos-usuários. A relação aí estabelecida não dá margem à ‘neutralidade’. A invenção da assistência passa, fundamentalmente, pela mudança nesta relação. (...). Problematicar o emprego da denominação de ‘usuário’, no que ela possa significar em termos de uma redução do sujeito a apenas uma das suas dimensões (Relatório I, 1993, p. 12)

Neste trecho discursivo podem-se encontrar duas questões que passam pela ótica de Cooper. A primeira trata da crítica dirigida à neutralidade na relação entre os técnicos de saúde mental e o paciente. O Movimento Antimanicomial está de acordo com este olhar, ao propor um novo modelo de assistência onde não cabe tal neutralidade nas relações. A segunda questão aparece nos dois últimos trechos recortados do relatório I (p. 07 e 12), que trata dos estigmas e dos “rótulos” produzidos pelas instituições. Em ambos os momentos, o

Movimento discute o uso do termo ‘usuário’ adotado no lugar de paciente psiquiátrico. Embora este termo tenha sido escolhido a partir das práticas de assistência propostas pelo Movimento, a problematização do uso do mesmo também acontece em seu núcleo. A preocupação está em continuar reproduzindo os estigmas que impossibilitam perceber o sujeito em todas as suas dimensões sociais, mais uma vez classificando-o e cercando-o à doença mental. Tais discussões mostram-se atentas também ao trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas, para que estas não signifiquem um espaço estigmatizador. Assim como Cooper, o Movimento enfoca as consequências advindas da produção dos estigmas. Ainda neste relatório, no terceiro tema: “Luta Antimanicomial e intervenção cultural, a cultura como alvo e a cultura como meio”, coloca-se o seguinte:

Para romper definitivamente com a cultura antimanicomial é preciso romper com os estigmas que impedem que as pessoas optem por formas de viver marcadas por valores pré-estabelecidos uma sociedade segregadora, e que entende tais opções (exemplo: homossexualidade) como patologias. A nossa sociedade não consegue conviver com as diferenças e a forma que encontra de lidar com isso é de excluí-los. Condição a partir da qual, esta sociedade se descompromete com o que é parte dela (Relatório I, 1993, p. 15).

Os padrões sociais e a não aceitação da diversidade que provém das diferenças é uma das críticas apontadas pelo Movimento. Para Cooper, as definições em saúde mental são propostas pelos especialistas com base neste conjunto de normas, o que reflete o conformismo com tal esquema. As instituições sociais são vistas pelo autor como espécies de “caixas” ou “prisões”, que aceitam os indivíduos somente se estes estiverem de acordo com o padrão de normalidade. Os que não se submetem a tal condicionamento são excluídos. Esta perspectiva sobre a sociedade condiz com a visão do Movimento, já que o mesmo discute os valores pré-estabelecidos de um contexto social segregador. Este mesmo relatório apresenta mais um trecho convergente com tal questão, e no relatório III pode-se encontrar uma estratégia de ação acerca dos estigmas produzidos pelo saber da psiquiatria:

Deve haver aceitação das diferenças e a construção de uma sociedade justa, que seja capaz de respeitar as diferenças dos indivíduos (Relatório I, 1993, p. 19).

Propiciar a discussão sobre os sistemas de diagnósticos psiquiátricos, evidenciando o seu caráter objetivizante e

reducionista, visando constituir interpretações mais ampliadas de transtorno mental (Relatório III, 1997, p. 15).

Para Cooper, doença mental é um reflexo das relações estabelecidas no contexto familiar. Algumas famílias foram observadas por este autor e percebeu-se que os indivíduos denominados esquizofrênicos viviam em um ambiente com exigências contraditórias¹³, fenômeno chamado de “duplo vínculo”. Neste sentido a esquizofrenia poderia ser considerada uma resposta saudável a um contexto doentio, uma vez que o sujeito produz tal fenômeno para escapar a este dilema. Visto que o contexto familiar é considerado pela Antipsiquiatria como um dos principais desencadeadores da doença mental, identifica-se alguma proximidade deste olhar com o Movimento Antimanicomial. No relatório I esta aproximação se dá no seguinte discurso:

O movimento deve fomentar organizações que propiciem a orientação e esclarecimento dos familiares, a partir da necessidade de conhecimento da realidade de tais famílias e promovendo reflexões desses familiares quanto ao seu próprio sofrimento (Relatório I, 1993, p. 16).

O relatório II estende essa discussão colocando que:

O manicômio é resultante de múltiplas e complexas relações no âmbito da sociedade, institucionalizado por saberes e práticas historicamente construídos, entre os quais os desenvolvidos na família. (Relatório II, 1995, p. 13).

A racionalidade analítica, um olhar sobre a doença mental, emerge a partir dos pressupostos das ciências naturais. Como antes elucidado, para Cooper, este modelo de ciência pressupõe a neutralidade nas relações, uma vez que se desconsideram as relações intersubjetivas. Para compreender o desencadeamento do fenômeno chamado esquizofrenia, esta perspectiva coloca como fundamental focar as relações intersubjetivas. Cooper considera a racionalidade analítica falha, exatamente por desconsiderar isso, e escolhe uma outra perspectiva: a racionalidade dialética. Na racionalidade dialética as relações não são consideradas neutras, mas produto de uma práxis que nasce do processo de

¹³ Ver fundamentação teórica: Solo epistemológico de Cooper.

intersubjetividade entre indivíduos e grupos. A aproximação deste olhar com o Movimento Antimanicomial aparece nos seguintes fragmentos discursivos:

Pensamos que se faz necessário, além do conhecimento técnico e político acumulado pelo movimento, um investimento no todo humano das relações (solidariedade, o amor, o carinho, a compreensão). (...). Precisa ficar claro que não é a proteção dos excluídos que propomos, mas sim relações de troca que respeitem as diferenças, possibilitando a transformação legítima das relações (Relatório I, 1993, p. 15).

A loucura deve ser compreendida enquanto desestruturação psicofísica, onde a pessoa perde seu espaço existencial, o que implica em grande sofrimento, do qual ela não vivencia como estando em seu poder de escapar. Levando em consideração a loucura como desestruturação psicofísica, a nossa luta deveria passar não por aceitar, mas por buscar uma superação deste fenômeno através de uma outra organização social e, conseqüentemente, individual. Isto para não correremos o risco de entender o sofrimento psíquico como uma fatalidade, como um fenômeno pré-determinado. Neste caso perderíamos novamente a dialética sujeito-indivíduo (Relatório I, 1993, p. 16).

Aqui é possível identificar um olhar fenomenológico-existencial, solo epistemológico de Cooper. Este autor coloca como necessidade reconhecer a complexidade dialética da realidade humana, e afirma que o diagnóstico inviabiliza este olhar mais abrangente do sujeito. Sendo a doença mental aqui entendida sob a ótica dos relacionamentos, as classificações produzidas pela psiquiatria são consideradas equivocadas. Tal equívoco está no fato de transplantar o conceito de doença aplicado pela medicina geral negando o fato de que os relacionamentos estão implicados na produção da loucura. Abstrair a ‘pessoa doente’ do seu sistema de relacionamentos deforma o problema, e segundo o autor, abre caminho à invenção de pseudoproblemas. A psiquiatria exigiria uma lógica diferenciada se reconhecesse que os diagnósticos simplificam um problema de ordem relacional, considerando ainda que os sujeitos devem ser reconhecidos na sua singularidade.

Segundo Cooper, o indivíduo internado em um hospital psiquiátrico vivencia as relações ali dentro de maneira muito semelhante às que vivencia em seu contexto familiar, o que geralmente configura uma situação de dependência. A violência da psiquiatria também é discutida por Cooper, principalmente em relação às técnicas repressivas: eletrochoque, camisa-de-força, repressão química, etc. Este autor critica a autoridade exercida pelos técnicos, visto que a arbitrariedade dos mesmos não permite levar em

consideração as necessidades particulares dos internos. A psiquiatria reproduziria a violência sutil da sociedade em relação àqueles que não estão caracterizados conforme as normas e o padrão produzidos pelas instituições sociais (família, escola, etc). Os indivíduos que por algum motivo fogem a este condicionamento devem ser marcados e punidos. É assim que o hospital psiquiátrico vem a se constituir como uma instituição violenta e arbitrária, caracterizando-se como uma extensão do sistema social que prima pela normalidade. A ciência médica representada pela psiquiatria invalida socialmente os indivíduos que não correspondem a este padrão. O Movimento Antimanicomial se aproxima da perspectiva de Cooper, ao tratar dos mecanismos arbitrários utilizados pelas instituições psiquiátricas, nos seguintes discursos:

É preciso considerar a responsabilidade ética dos trabalhadores de saúde mental quanto à expectativa no atendimento, bem como quanto a sua ação profissional que pode representar, ou não, um favorecimento à cronificação. (...). Os acontecimentos no dia a dia dos serviços, que envolvem a relação com os pacientes, são importantes o suficiente para serem considerados na discussão das bases conceituais dos serviços. Assim, também a invenção da assistência passa por uma mudança de postura e mentalidade dos técnicos e das pessoas que lidam com o sofrimento psíquico” (Relatório I, 1993, p. 11).

Ainda se cultua, por exemplo, o saber que está em poder dos técnicos. Há a necessidade de conscientização que todos podem participar deste saber, pois todos sentem e experienciam a vida (idem, p. 17).

As práticas antimanicomiais devem passar pela revisão do papel dos técnicos da saúde, no seu papel de poder diante do doente. (...). Utilizar as manifestações culturais como meio de contra-cultura de enfrentamento ao pensamento manicomial, através de teatros, shows, passeatas, como forma de difundir a não-discriminação e não-segregação. (...). Que as ações manicomiais não se resumam a triagem, tratamento medicamentoso e porta de entrada para o Hospício, como são hoje a realidade dos ambulatórios de saúde mental (idem, p. 18).

A discussão sobre o tratamento medicamentoso aparece também nos relatórios II e III, onde se reconhece os seguintes eixos de luta:

Denúncia da manipulação através da qual os laboratórios farmacêuticos procuram envolver os usuários na promoção e propaganda de medicamentos (Relatório II, 1995, p. 7).

Encaminhar ao Ministério da Saúde uma Campanha elucidativa sobre o uso de psicofármacos. Lutar para a garantia de que a medicação psicotrópica não seja a única forma terapêutica (Relatório III, 1997, p. 21).

E finalmente, o relatório V defendendo esta perspectiva contra a violência da psiquiatria e suas técnicas duvidosamente eficazes, afirma:

A eletroconvulsoterapia (eletrochoque) é crime de tortura, pretensamente dito terapêutico, devendo ser abolida” (Relatório V, 2001, p. 13).

Cooper coloca que muitas vezes os técnicos das instituições psiquiátricas são mobilizados por perigos mais ilusórios do que reais, em relação aos pacientes. Este fenômeno é denominado pelo autor de “irracionalidade institucional”, que consiste nas fantasias geradas acerca da ‘doença mental’. Os técnicos freqüentemente acreditam que os pacientes devem ser contidos para evitar suas reações violentas, sem considerar que tais reações geralmente surgem a partir dos métodos repressivos. O método tradicional de trabalho nestas instituições advém de treinamentos que, segundo Cooper, obscurecem a visão do aluno acerca da realidade no campo de trabalho. Estes treinamentos consistem em uma série de doutrinação de táticas de defesa dos funcionários contra os pacientes. Neste sentido, o autor expressa uma crítica ao uso indiscriminado de psicofármacos que geram a repressão química, bem como outras técnicas consideradas violentas e nada terapêuticas. O Movimento Antimanicomial compartilha destas mesmas críticas, podendo-se reconhecer tal posicionamento nos fragmentos discursivos acima expostos. Deste modo, percebe-se que o Movimento Antimanicomial brasileiro apóia-se predominantemente em pressupostos da Psiquiatria Democrática de Basaglia, apresentando, no entanto, reflexos de influências da Antipsiquiatria de Cooper, além de apoiar-se ainda, na crítica de Foucault à medicalização da loucura na Modernidade.

4- A Análise dos documentos para edificação de uma Arqueologia e uma Genealogia do Movimento Antimanicomial no Brasil:

A posterior descrição dos documentos foi construída no intuito de reconhecer e apresentar duas dimensões de análise: uma genealogia e uma arqueologia do Movimento Antimanicomial brasileiro. No sentido genealógico, a produção delineada nesta dissertação trata da história do Movimento Antimanicomial, viabilizada pelo acesso aos relatórios que registram os Encontros Nacionais. O tecido documental se estende do 1º ao 5º Encontro, e embora a um primeiro olhar se apresente como uma unidade compacta que caminha rumo a uma progressão, deixa escapar pela exterioridade do discurso as diversas tramas que constituem sua história, trazendo em si a dispersão que constitui esta aparente unidade. Irrompem conjuntamente às palavras e aos acontecimentos, as incontáveis experiências, os dramas, as produções artísticas, científicas e literárias, os cartazes, os panfletos, os vídeos, os artigos, as leis, os estatutos; que talvez ali não se apresentem diretamente, mas que saltam pela visibilidade do discurso. Esta genealogia se refere a uma história sem direção determinada, embora seus discursos a apresentem rumo a um fim: “Por uma sociedade sem manicômios”. Sua descrição abre mão de se constituir como processo finalizado, ou caminhar rumo a uma racionalidade que predispõe uma verdade. Abandona-se a idéia de história legítima, edificando uma genealogia dentre outras possíveis, conforme as perspectivas que se apresentem. A cada encontro caracterizam-se os rumos do Movimento Antimanicomial cuja origem se perde no tempo, construindo um olhar que nega a “coisa em si” para a qual se possa retornar. Nasce do acaso a história deste movimento social, e algumas das peripécias que o constituem são reconhecidas aqui por um recorte histórico documental que vai de 1993 ao ano de 2002, marcando a proveniência deste período, com o evento ocorrido na cidade de Santos. Extrapolando os relatórios pode-se partir da década de 1970, momento marcado pela ditadura militar quando os trabalhadores da saúde mental manifestaram protestos contra determinadas práticas consideradas conservadoras, violentas e abusivas das instituições psiquiátricas. Assim a história do Movimento Antimanicomial apresenta-se marcada por acontecimentos, acidentes, desvios que abalam seu progresso linear, inviabilizando concomitantemente seu regresso à origem.

Ao reconhecer a dimensão arqueológica deste trabalho percebe-se que os relatórios dão visibilidade aos discursos que exteriorizam enunciados e objetos, representados pelos

acontecimentos do Movimento Antimanicomial no Brasil: pelos seus eixos de luta, suas temáticas centrais e secundárias¹⁴, pela realização de seus eventos nacionais e estaduais, os marcos gerados pelas rupturas. Do 1º ao 5º Encontro Nacional da Luta, as questões abordadas denunciam as matrizes epistemológicas do Movimento, evidenciando a importância do trabalho de Baságlio, que serviu de inspiração para que diversas propostas e realizações se efetuassem na área da saúde mental no Brasil.

Logo, o resgate teórico, as análises e as discussões até então esboçadas nesta dissertação visam delinear a arqueologia e a genealogia do Movimento Antimanicomial, com o intuito de contribuir com um olhar possível acerca do mesmo. Para tanto, faz-se ainda a análise de cada um dos documentos: os cinco relatórios dos Encontros Nacionais, reconhecendo outros aspectos de seus discursos, saberes e práticas.

4.1- Estrutura dos documentos

Quanto à estrutura dos documentos pode-se esclarecer que, embora cada um apresente suas particularidades, todos começam com uma apresentação do Encontro, seguindo para a explanação de eixos temáticos. Os eixos temáticos tratam de questões que permeiam as práticas e discursos do Movimento tais como: legislação, trabalho, intervenção cultural, construção de práticas antimanicomiais (nova assistência em saúde mental), formação e capacitação dos profissionais da área, serviços residenciais. A partir das discussões destes ocorre a produção dos eixos de luta que se caracterizam como planos de ação para a concretização dos objetivos do Movimento. Os relatórios não apresentam claramente a estrutura organizativa de cada encontro, ao que tudo indica os eixos temáticos são divididos em grupos de discussão responsáveis pela definição dos eixos de luta. Ao final todos se reúnem numa plenária e apresentam a produção do encontro.

Nesta análise os relatórios estão ordenados em eixos temáticos com seus respectivos eixos de luta. Discute-se seguidamente à apresentação dos eixos de luta, o aparecimento de recorrências, enunciados e conceitos, sintetizando ao final as questões centrais do discurso. Os acontecimentos, saberes e práticas de poder que se evidenciam através das temáticas e dos seus respectivos eixos de luta, são reconhecidos pela exterioridade do discurso,

¹⁴ Importante diferenciar aqui que os eixos de luta se referem a um problema genealógico já que estão relacionados às práticas do Movimento, enquanto que os eixos temáticos tratam de um problema arqueológico pois evidenciam fundamentos e matrizes.

desviando-se do campo de uma operação interpretativa. Estes recortes documentais viabilizam a construção de uma perspectiva histórica do Movimento Antimanicomial constituída pelas descontinuidades (dimensão genealógica) e uma análise de discursos e matrizes (dimensão arqueológica). Segue, portanto, os relatos dos Encontros Nacionais com sua respectiva análise.

4.2- 1º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil

Aconteceu em Salvador, de 23 a 26 de setembro de 1993, o 1º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial. Estiveram presentes 480 inscritos, compondo um conjunto representado por técnicos, usuários, familiares, entre outros sujeitos interessados na Luta. Partindo desta data, seis anos antes culminava o Congresso de Bauru-SP, que gerou uma das ações mais significativas do Movimento que até então se denominava: “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental”. Nas ruas de Bauru eclodiu a primeira manifestação pública organizada pela extinção dos manicômios, marcando uma ruptura do papel dos profissionais em saúde mental que passaram a criticar a racionalização e (a) modernização dos serviços nos quais atuavam. A partir destes acontecimentos nasce o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, que caracteriza precisamente a Luta Antimanicomial; em conjunto com o projeto de lei 3657/89 que propõe a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras práticas assistenciais¹⁵.

Neste Encontro o Movimento Antimanicomial se define como um movimento social autônomo, pluralista, democrático e solidário, que busca manter parcerias com outros movimentos sociais e constituir articulações que garantam a sua legitimidade na sociedade. Deixa de ser caracterizado como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, passando a ser identificado como Movimento da Luta Antimanicomial, onde usuários, técnicos e familiares aliam-se, reafirmando o caráter pluralista e consolidando sua amplitude e intervenção política na sociedade. Quanto à estrutura organizativa, neste evento elabora-se uma Secretaria Executiva Nacional que fica responsável pela convocação das plenárias semestrais e os encontros do Movimento a cada dois anos. Na trajetória da Luta Antimanicomial algumas dificuldades são reconhecidas, em relação a tais parcerias que

¹⁵ O termo práticas assistenciais é utilizado pelo próprio Movimento e se caracteriza pelos serviços de atendimento em saúde mental. Estas práticas propostas pelo Movimento acabaram se configurando nas instituições CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial).

intercederiam junto à mesma. Estas dificuldades são expressas no primeiro relatório, no seguinte discurso:

Identificamos que o nosso movimento tem apresentado dificuldades de parcerias com alguns setores dos movimentos sindical e sanitaria, devido a visões corporativistas, normativas, que deverão ser superadas. Estas dificuldades se apresentam também com os setores representativos de famílias e usuários, necessitando por isso o desenvolvimento de um esforço prioritário de diálogo com estes setores com vistas a conquistar sua adesão ao movimento. (Relatório I, 1993, p. 07).

O Movimento neste momento vive a sua fase embrionária, alimenta-se de ideais e começa a dar os primeiros passos para a concretização de suas estratégias de luta. Este relatório apresenta como marco o fechamento da Casa de Saúde Anchieta localizada na cidade de Bauru-SP, legitimando o sucesso de uma das principais estratégias de luta do Movimento referente ao fim das instituições psiquiátricas. Algumas definições organizativas são assumidas neste encontro e decide-se que a organização nacional não assumirá a constituição de uma entidade civil, sendo isto possível apenas enquanto organização estadual ou local. Assim o Movimento Antimanicomial fica caracterizado como uma instituição não formal, não burocrática e não hierárquica, até então. A partir do debate com os grupos formados neste encontro, as seguintes necessidades e preocupações são levantadas:

- Afirmação da necessidade de uma coordenação;
 - Risco da coordenação representar uma tendência hegemônica;
 - Necessidade de uma organização que viabilize o intercâmbio entre os núcleos;
 - Possibilidade do movimento ser institucionalizado e tutelado;
 - Manutenção do seu funcionamento coerente com seu processo histórico, privilegiando uma estrutura horizontal;
 - Prematuridade de uma organização formal que organize o seu funcionamento através da criação de grupos de trabalhos temáticos.
- (Relatório I, 1993, p. 09)

A idéia central presente nestes discursos está no interesse em garantir a autonomia e a horizontalidade do Movimento, o que não impede o mesmo de buscar, junto a outros setores organizados da sociedade, apoio, reconhecimento e fortalecimento. Há um deslocamento do lema “Por uma sociedade sem manicômios” lançado no Congresso em

Bauru, para o lema “Brasil sem manicômios no ano 2000”. O eixo temático geral difundido neste encontro trata de “O Movimento Antimanicomial, enquanto um movimento social”. A partir deste tema o Movimento reafirma o seu caráter autônomo e a necessidade de manter e estabelecer parcerias com outros movimentos sociais para adquirir maior legitimidade na sociedade. Além disso, expressa a necessidade em se fazer representativo nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos, com o intuito de construir uma maior intervenção política. A partir destas discussões, os seguintes eixos de luta são estabelecidos:

Eixo temático: O Movimento Antimanicomial, enquanto um Movimento Social

Eixos de luta:

- Cadastrar, intercambiar, socializar as informações com agilidade para sustentar o movimento com caráter coletivo e nacional, através de jornais, revistas e boletins, etc;
- Campanhas de luta antimanicomial na mídia;
- Capacitação de recursos humanos através de cursos, especializações, etc
- Intercâmbios entre os municípios, estados e a nível internacional;
- Confrontação aos dispositivos políticos que mantêm os hospitais psiquiátricos;
- Fortalecer os movimentos de familiares que se criam dentro do movimento, promovendo a interlocução com outros familiares;
- Legitimação pelo movimento da luta antimanicomial na conquista do fechamento da Casa de Saúde Anchieta, realizando ampla divulgação e com maior participação possível do movimento;
- Aprofundar a discussão sobre a gestão popular enquanto alternativa à gestão pública ou privada das práticas em saúde mental;
- Envolver, outros conselhos profissionais como aliados. (Relatório I, 1993, p. 08)

Os discursos presentes nestes eixos de luta expressam a pretensão do Movimento em ganhar ressonância como mobilização social. Os meios de comunicação são considerados instrumentos úteis para conquistar este objetivo, bem como para divulgar um olhar diferenciado sobre a “loucura”. No processo de capacitação dos profissionais da saúde mental visa-se construir uma outra perspectiva sobre a doença mental, com vistas a um tratamento mais humanizado, sem violências de tipo algum e sem produção de estigmas. Este tipo de intervenção caracteriza-se como a “nova assistência em saúde mental” que ocuparia o lugar dos manicômios, sem as internações comuns que produzem a exclusão do ‘louco’ na sociedade. A educação dos profissionais desta área vem a ser um

dos tópicos principais de discussão recorrente nos encontros posteriores, se articulando no sentido de re-significar a questão da loucura para toda a sociedade também através do ensino fundamental e médio. O aprofundamento da discussão sobre a gestão popular como alternativa à gestão pública ou privada nas práticas em saúde mental surge a partir da crítica do tratamento diferenciado às diferentes classes sociais, e da comercialização do tratamento. Baságlia um dos autores responsáveis pela intensificação deste debate, inspira o Movimento Antimanicomial em lutar para que todos recebam o mesmo tipo de atendimento independente de sua classe social, evitando a comercialização nas ações ligadas à saúde mental.

Além deste eixo temático comum ou geral o relatório do 1º Encontro Nacional apresenta ainda cinco eixos temáticos específicos. O primeiro intitulado “A tragédia nacional e a produção social do sofrimento”, compreende o sofrimento, entre eles o psíquico, como resultado advindo de determinadas situações sociais, econômicas e políticas. A atual conjuntura produzida pelo capitalismo é entendida pelo Movimento como a principal responsável pela tragédia da produção social do sofrimento psíquico; olhar que demonstra a influência do materialismo-histórico-dialético na construção de suas práticas e saberes. A desigualdade sócio-econômica contribui para a produção de estigmas, uma vez que nem todos correspondem ao modelo ideal proposto pelo sistema neoliberal, e assim surgem os ‘desviantes’. Esta perspectiva apresenta-se expressa nas seguintes palavras proferidas neste eixo temático do relatório I: *“Todos sabemos e vivemos na pele, as dificuldades de estarmos num país do 3º mundo, mas nem sempre nos damos conta do quanto isso é determinante para que as pessoas ‘adoeçam’ mentalmente”* (p. 44).

Os eixos de luta construídos a partir deste tema que integra a realidade social com a produção de sofrimento psíquico são os seguintes:

Eixo temático: A Tragédia Nacional e a Produção Social do Sofrimento

Eixos de luta:

- Inserir a questão da saúde mental em todos os movimentos sociais, sindicais, conselhos representativos, etc, uma vez que esta discussão extrapola o binômio saúde-doença;
- Tendo em vista que a produção de sofrimento psíquico sofre influências históricas, sociais e culturais, acirradas em nossa sociedade capitalista pela relação do homem com o trabalho; é

preciso atenção a estas raízes na elaboração de propostas de intervenção, respeitando a singularidade das situações;

- Incentivar o engajamento dos usuários no sentido de se apropriarem da luta antimanicomial, levando discussões e promovendo transformações em seu cotidiano;
- A produção de sofrimento psíquico dos próprios trabalhadores de Saúde Mental, deve ser investigada, tanto em serviços públicos, como privados, em Saúde Mental;
- O movimento da luta antimanicomial deve se aliar aos sindicatos de trabalhadores, visando estabelecer e tornar público o massacre dos trabalhadores dentro das fábricas a questão da melhoria da educação, saúde em geral, reforma agrária, incluindo greves, ocupações, etc;
- Criar e garantir espaços para informações à sociedade dos fatores que geral sofrimentos psíquicos;
- O histórico de terror da nossa psiquiatria não deve ser esquecido, e sim divulgado para que não seja repetido;
- O Estado deve garantir o direito das pessoas viverem bem, principalmente as que tem maiores dificuldades e que precisam de mais ajuda, pois se uma pessoa está em sofrimento mental, e não existem equipamentos sociais de educação, lazer, trabalho, nem a garantia de ser tratado como cidadão, essa pessoa não terá alternativas para amenizar ou dar um novo significado ao sofrimento;
- Há necessidade de não se psicologizar, psiquiatrizar, medicalizar, ou seja, categorizar, o sofrimento mental e as condições sociais que as determinam. O profissional não é neutro e o movimento, assim como o governo, não devem ser paternalistas, o que significaria um sinal de alienação;
- O movimento deve assumir a compreensão dos determinantes sociais do sofrimento mental;
- O movimento deve desmistificar que a questão do sofrimento mental, que não é culpa das pessoas ou destino de Deus, mas explicitar a determinação do Estado e do sistema político na produção deste sofrimento. (Relatório I, 1993, p. 10 e 43).

A perspectiva que atravessa estas discussões evidencia a influência da práxis proposta por Baságlia, principalmente no sentido da relação do homem com o trabalho. O Movimento relaciona esta questão com a produção de sofrimento psíquico, uma vez que este fenômeno é compreendido a partir de uma dimensão histórica e cultural. Os sujeitos que vivenciam a ‘loucura’ acabam sendo excluídos do mercado de trabalho, considerando ainda que o sofrimento psíquico pode ser produzido pelas péssimas condições de um trabalho mal remunerado ou pela falta deste. Coerentemente com tais aspectos, o Movimento propõe estabelecer alianças com os sindicatos trabalhistas, ao mesmo tempo em que busca produzir uma ruptura com o olhar médico. Neste sentido, propõe um deslocamento da compreensão de doença mental fundada nos moldes científicos representados pela medicina, para a compreensão desta como fator social. De tal maneira, o

Movimento não nega a existência da ‘loucura’, nem exclui a importância do tratamento, porém critica os caracteres positivistas, tecnicistas e paternalistas comuns às instituições psiquiátricas, que negam os fatores sociais na produção do sofrimento. As intervenções, segundo esta perspectiva, devem respeitar cada situação em particular, gerando um posicionamento contrário à categorização do sofrimento mental dado pela psicologia, psiquiatria, e medicina. Desta maneira, este eixo temático apresenta uma compreensão política sobre a ‘loucura’, enfatizando bem este olhar.

O terceiro eixo temático específico do relatório I denomina-se “A invenção da assistência: impasses e possibilidades na construção das práticas antimanicomiais”. As discussões evidenciam novamente a influência do materialismo-histórico-dialético inspirado pelo trabalho de Baságlia, que visa pensar o fazer clínico como um ato político, considerando as questões sociais, políticas e econômicas na construção de outro modelo de intervenção em saúde mental. Através deste olhar problematiza-se a prática clínica, propiciando propostas de mudanças no ato de intervenção, onde devem ser construídos coletivamente os seguintes aspectos: inserção cultural, interdisciplinaridade, aliança com movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos. A invenção da assistência, em suma, se configura como uma proposta do Movimento para a construção de práticas antimanicomiais que substituam àquelas realizadas nos manicômios, contribuindo para o fim destes. Tais práticas visam uma mudança de postura e de perspectiva por parte dos profissionais que atuam na área, lutando contra os estigmas e propiciando atenção integral à saúde dos sujeitos, independente de sua classe sócio-econômica. Coloca-se ainda a necessidade de estar atentos para que este tipo de serviço alternativo aos hospitais psiquiátricos não sirva para encobrir o modelo manicomial, bem como evidencia o cuidado quanto ao fechamento destes (dos manicômios públicos) para que não resultem no aumento da comercialização pelo setor privado. Além disso, enfatiza-se que os modelos assistenciais devem corresponder às necessidades de cada região, valorizando as questões de ordem cultural e motivando o maior envolvimento da comunidade. Os eixos de luta provenientes destas discussões são os seguintes:

Eixo de temático: A Invenção da Assistência

Eixos de luta:

- Que as ações integrais de Saúde seja assumidas pelos gestores, já que a invenção da assistência, passa também pela conquista da cidadania;
- Discutir outras alternativas além dos CAPS/NAPS, que se baseiem na ampliação dos direitos de cidadania dos usuários;
- Garantir nas unidades assistenciais espaço para a participação popular;
- Incentivar a capacitação profissional (nível superior e médio), a partir de novos modelos críticos;
- Que o movimento, através das suas organizações, participe dos Conselhos Municipais de Saúde;
- Atuar junto ao Legislativo e Judiciário, fiscalização e garantindo o cumprimento dos dispositivos legais;
- Conduzir a ação política de forma a extrapolar os limites dos serviços com outras intervenções políticos-culturais inclusive na mídia, visando facilitar intercâmbio com a sociedade;
- Na invenção da assistência deve estar sempre presente uma reflexão radical sobre as questões da assimetria do poder dos técnicos em relação aos usuários;
- Incentivar a colocação do vínculo de usuários dos serviços de saúde mental com os profissionais de sua confiança (em todas as etapas de seu tratamento) como um dos pontos centrais da assistência neste sistema;
- É necessário que se criem de acordo com cada contexto local, alternativas ao manicômio. Fica como proposta, um levantamento pelo movimento da luta antimanicomial dos problemas existentes em cada local para a troca de informações que possam desembocar em sugestões para a superação das dificuldades;
- Não bastam tratamentos alternativos, deveríamos ter tratamento e/ou assistência para “pessoas alternativas” ou seja: que se respeitem as diferenças e as diferentes necessidades dos indivíduos;
- A utilização do trabalho e das atividades em Terapia Ocupacional, pode levar o usuário a maior conscientização, ser um caminho terapêutico e de reinserção porém não basta que estejam vinculados às unidades de tratamento, deve-se intervir no cotidiano, no dia-a-dia dos indivíduos, na família e na Sociedade/Preconceito, Marginalização, Discriminação;
- Necessidade de Política de Saúde efetiva baseada nos princípios do SUS;
- Humanização e dignidade na assistência;
- A reinserção social não necessariamente deve pensar nessa estrutura presente porém se prestar à criação de estruturas também diferenciadas, ex: trabalho cooperativado em economia informal, com autonomia dos grupos;
- Paternalismo/Assistencialismo X abandono do usuário;
- Deve-se garantir a integralidade das ações de saúde a quem apresenta sofrimento mental. Deve-se privilegiar a atenção nos espaços gerais de saúde como as Unidades Básicas de Saúde, os Hospitais gerais favorecendo a convivência e a experiência no transitar dos indivíduos aos espaços dos diferentes não em gestos iguais;
- O movimento não deverá defender modelos de saúde mental padronizados, mas referenciar princípios comuns, não políticas de atenção em saúde mental que deverão ser criados segundo a realidade epidemiológica e social de determinado território;

- As ações antimanicomiais devem passar por um redirecionamento da política de financiamento do governo e criação de equipamento antimanicomizantes mais eficazes;
- Que sejam ampliados os serviços alternativos principalmente em cidades onde existam manicômios, havendo com isso um enfraquecimento dos manicômios e facilitando a luta antimanicomial;
- Que os eletrochoques, camisas de força e solitárias sejam banidos definitivamente de todo e qualquer tipo de tratamento psiquiátrico;
- Reciclar os profissionais da área de saúde, desde o porteiro do Hospital Psiquiátrico, passando pela camareira que troca as roupas de cama dos pacientes;
- Criar leis que obriguem os planos de saúde e hospitais conveniados a prestar os serviços e tratamento na área de saúde mental. (Relatório I, 1993, p. 14 e 47 a 49).

Nestes eixos de luta aparece como recorrência do anterior a discussão sobre a capacitação profissional direcionada aos novos modelos de assistência, convergindo com a proposta de um olhar terapêutico coerente com os aspectos sociais. Critica-se severamente as práticas ditas terapêuticas como: eletrochoques, camisas-de-força e solitárias. Outros tipos de intervenção devem ocupar o lugar destes instrumentos, como por exemplo, as terapias ocupacionais, que podem criar estruturas para a re-inserção social através do trabalho. O atendimento compreendido a partir de um olhar sistêmico considera que todos os profissionais envolvidos devem passar por uma reciclagem: *“desde o porteiro do Hospital, passando pela camareira que troca as roupas de cama dos pacientes”*, expressando ainda a importância em manter reflexão radical sobre a assimetria do poder dos técnicos em relação aos usuários. Através de um intercâmbio com a comunidade, a intervenção (,) além de seu caráter terapêutico, visa se constituir como uma ação política e cultural. Mais do que mobilizar os familiares, usuários e a população em geral para que se tenha sucesso na Luta Antimanicomial, o Movimento objetiva a articulação com representações dos poderes instituídos: Conselhos Municipais de Saúde, Legislativo, e Judiciário. Intensifica o debate que consiste em evitar a comercialização das intervenções terapêuticas pelas instituições privadas, se propondo a instaurar uma política de atendimento baseada no SUS, para garantir o mesmo tipo de tratamento a todos os que necessitarem destes serviços. Apresenta como eixo de luta a *“humanização e dignidade na assistência”*, e este discurso expressa a influência do humanismo como um dos elementos constituintes das práticas e discursos do Movimento.

O quarto eixo temático do relatório I denomina-se “Luta antimanicomial e intervenção cultural: a cultura como alvo e a cultura como meio”. Aqui o Movimento se detém em encontrar maneiras de romper com a cultura manicomial, colocando algumas instituições que poderiam ser utilizadas como meio para realizar esta tarefa: escolas, igrejas, associações de bairro, indústrias, faculdades. Nestas instituições poder-se-ia, através de palestras que informassem e divulgassem as idéias da luta antimanicomial, formar agentes multiplicadores deste movimento. Para tornar mais abrangente esta medida, cultivava-se a proposta de utilizar atividades expressivas: música, teatro e poesia, como formas de mobilizar a sociedade e estimular o comprometimento da comunidade com a luta. Atingir todas as classes sociais e fazer da cultura popular um recurso facilitador na cultura antimanicomial, faz parte das estratégias para divulgar e expandir as causas do Movimento. A proposta é lutar por uma cultura antimanicomial que rompa com os estigmas construídos por valores pré-estabelecidos, uma cultura que transforme o padrão cultural garantindo a heterogeneidade e a cidadania. Desta maneira, pretende-se intervir quanto aos fatores que levam à exclusão, impedindo a ação dos diversos mecanismos sociais que inibem a expressão das diferenças. Neste eixo temático, compreende-se a loucura a partir de dois fenômenos diferenciados:

- 1- A loucura entendida enquanto definição existencial que passa pela escolha de outro conjunto de valores tidos como normais, naturais na sociedade (mas com a qual a pessoa não perde a sua estruturação psico-física).
- 2- A loucura enquanto desestruturação psico-física, onde a pessoa perde seu espaço existencial, o que implica em grande sofrimento, do qual ela não vivencia como estando em seu poder escapar. (Relatório I, 1993, p. 15-16).

Estes são dois conceitos apresentados nos discursos do Movimento Antimanicomial sobre o fenômeno da loucura. Sobre a desestruturação psico-física, a luta consiste em superar este fenômeno através de uma outra organização social onde o sofrimento psíquico não seja entendido como uma fatalidade. Para promover a integração dos “loucos” à sociedade busca-se criar espaços públicos de troca e de convivência, desmistificando os estigmas, desta maneira a luta antimanicomial poderia contribuir com a qualidade de vida da população. A partir destas considerações e das conquistas já efetuadas surge como proposta mudar a nomenclatura “Movimento Antimanicomial” para “Movimento pela

atualização de vida – Por uma sociedade sem manicômios”, isto porque o termo ‘anti’ sugere negação e a mudança sugerida enfatizaria seu aspecto positivo. Essa discussão fica restrita apenas a este relatório não produzindo efeito posteriormente, evidenciando-se pela continuidade do uso da primeira nomenclatura que designa melhor a natureza do Movimento. Atenta-se ainda para o uso do termo “usuário” que pode vir a se tornar um estigma.

O debate sobre este tema que gira em torno da “Luta antimanicomial e a intervenção cultural” culminou nos seguintes eixos de luta:

Eixo temático: Luta Antimanicomial e a Intervenção Cultural

Eixos de luta:

- Produzir a conscientização de que todos podem participar do saber que está em poder dos técnicos;
- Pelo desconhecimento a respeito das alternativas ao manicômio, deve-se trabalhar para inversão desta situação. Uma proposta: adição do slogan “por alternativas ao manicômio”, acompanhado ao já conhecido “por uma sociedade sem manicômios”;
- Investir na formação dos novos profissionais em saúde mental;
- As ações antimanicomiais devem intervir na cultura e modificá-la;
- As práticas antimanicomiais devem passar pela revisão do papel dos técnicos da saúde, no seu papel de poder diante do doente;
- As ações antimanicomiais devem se dar através da organização popular;
- Não produzir tratamentos e procedimentos burocráticos que lesem as pessoas em suas trocas e relações;
- Investir nas ações de educação e formação social que apresente respeito dos diferentes, observando que os direitos devem ser iguais;
- Utilizar as manifestações culturais como meio de contra-cultura de enfrentamento ao pensamento manicomial;
- Que as ações ambulatoriais não se resumam a triagem, tratamento medicamentoso e porta de entrada para o Hospício;
- Promover a divulgação de experiências culturais, engajadas na luta antimanicomial;
- Tentar criar juntamente com os sindicatos interessados, programas de saúde mental, realizando palestras sobre as causas do “stress” e dos problemas emocionais;
- Promover a construção de uma sociedade justa, que seja capaz de respeitar as diferenças dos indivíduos;
- Repensar urgentemente o papel das instituições formadoras, escolas e universidades;
- Implementar a divulgação dos serviços alternativos em combate ao sofrimento psíquico;
- Continuar realizando atividades culturais nos espaços abertos e públicos;
- Promover a reciclagem dos profissionais, revendo suas próprias culturas manicomiais (supervisão, cursos, etc);

- Divulgar o movimento com mais eventos de rua;
- Resgatar as culturas regionais e transformar as culturas de elite e da classe dominante;
- O movimento deve tomar a iniciativa de promover a divulgação de experiências culturais, engajadas na luta antimanicomial. (Relatório I, 1993, p. 52-52).

Estes eixos apresentam uma mobilização em torno da questão saber/poder, considerando que todos deveriam ter acesso ao saber que os técnicos têm, demarcando a necessidade em revisar o poder dos técnicos sobre os usuários. Tratando o saber como poder, os debates nestes eixos de luta colocam que o saber deve ser acessível assim como o poder, e que por isso, deve ser instrumentalizado por todos os envolvidos. As propostas que visam mudar os conceitos e práticas em saúde mental através da educação (investir na formação de novos profissionais, repensar o papel das instituições formadoras, etc) e construir uma mudança cultural neste sentido, apresentam-se como recorrências dos discursos do Movimento. O debate destas questões eclode na proposta de fazer das manifestações culturais um meio de contra-cultura para o enfrentamento do pensamento manicomial. Esta perspectiva se estende ao objetivo de realizar as ações antimanicomiais através da organização popular e de resgatar as culturas regionais para transformar a cultura dominante. Para que a luta antimanicomial venha a intervir culturalmente, modificando os olhares sobre a loucura até então produzidos pela psiquiatria, considera-se importante divulgar outras experiências realizadas neste sentido, como por exemplo, as ações concretizadas pelos serviços substitutivos. Complementarmente a estas metas, em outros eixos de luta que serão vistos posteriormente, a mídia é reconhecida como um instrumento importante na divulgação das ações antimanicomiais.

Seguindo nesta análise, “Legislação psiquiátrica: a (re) construção dos direitos pela via legal” constitui o quinto eixo temático específico do relatório I. Apresenta-se aqui uma das mais significativas intervenções do Movimento a nível nacional: o encaminhamento de projetos de lei, que deve ocorrer paralelamente em cada Estado. No processo de formulação das leis coloca-se como prioridade a mudança dos modelos de atenção à saúde mental e dos dispositivos que garantam os direitos de cidadania dos usuários. Em suma, pretende-se reformular o arcabouço jurídico-legal que regulamenta as ações em saúde mental estadual e nacionalmente. Para tanto, reivindica-se uma interlocução com o Ministério da Saúde para que se possa interferir na formulação de futuras portarias, indo contra os dispositivos que

favoreçam a apropriação pelo setor privado nas práticas substitutivas. Considerando a resistência da maioria dos parlamentares, tanto do Congresso Nacional quanto das Assembléias legislativas dos Estados em apoiar a luta antimanicomial, o Movimento pretende estrategicamente articular-se com outros movimentos sociais para garantir a implementação de determinadas leis. Assinala-se ainda a necessidade de se reunir com a Comissão de Assuntos Sociais do Congresso Nacional, para verificar quais as reais possibilidades de aprovação do projeto de lei Paulo Delgado¹⁶.

Com o propósito de resgatar o usuário dos serviços em saúde mental para o convívio social, o Movimento decide aprofundar a seguinte reflexão: a possibilidade ou impossibilidade do sujeito considerado louco responder por aquilo que faz (esta questão também foi debatida no 2º Encontro Nacional). Na ‘carta de direitos dos usuários’, formulada neste encontro, decide-se discutir conjuntamente com a sociedade brasileira quais são os preceitos para construir tais direitos. E ainda:

O movimento deve estabelecer canais de comunicação com as comissões de direitos humanos da OAB e como o Ministério Público para o encaminhamento de processos civis de caráter indenizatório, revisão de interdições, denúncias de violência etc, de usuários dos serviços de saúde mental” (Relatório I, 1993, p. 22).

Construir parcerias com a OAB e o Ministério da Saúde representa a articulação do Movimento com determinados discursos oficiais, a princípio para lutar pela implementação das práticas antimanicomiais. Os eixos de luta referentes à temática “Legislação psiquiátrica” são os seguintes:

Eixo temático: Legislações Psiquiátricas

Eixos de luta:

- Encaminhar projetos de lei em cada Estado, para que aconteça a mudança dos modelos de atenção à saúde mental;
- O movimento deverá estar presente em todos os esforços de iniciativas locais mas também garantir sua articulação, de forma a potencializar a eficácia política nos processos de encaminhamentos;

¹⁶ Projeto de lei número 3.657 de 12 de setembro de 1989 que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Este projeto surge como dispositivo que garanta a dimensão político-jurídica do Movimento na luta pelo fim das instituições psiquiátricas e a constituição dos serviços substitutivos.

- Que se crie um fluxo de comunicação entre os parlamentares que encaminharam projetos de leis afins e a coordenação nacional do movimento, de forma a ser constituído um banco de dados com o conjunto das leis propostas;
- Se reunir com a Comissão de Assuntos Sociais do Congresso Nacional, visando estabelecer uma reavaliação das possibilidades reais do projeto de lei do Paulo Delgado;
- Reivindicar uma interlocução com o Ministério da Saúde de forma a poder interferir na formulação das futuras portarias.
- Montar um banco de dados com o conjunto de portarias criadas até agora, sendo que o movimento faria uma análise crítica de cada portaria, de forma que quando fossem distribuídas já contivessem uma visão crítica formulada pela Coordenação Nacional do Movimento;
- Acatar as resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e cobrar imediata divulgação destas resoluções e exigir a sua total implementação;
- Aprofundar a reflexão sobre a possibilidade ou impossibilidade do sujeito dito louco, responder por aquilo que faz;
- Estabelecer canais de comunicação com as comissões de direitos humanos da OAB e com o Ministério Público para o encaminhamento de processos civis de caráter indenizatório, revisão de interdições, denúncias de violência etc, de usuários dos serviços de saúde mental;
- Encaminhar uma moção de repúdio à revisão constitucional e de apoio à imediata regulamentação da constituição;
- Assegurar a efetivação do SUS, garantindo na Constituição Federal, em seus princípios básicos de descentralização, municipalização das ações de integralidade custeadas pelas verbal dos poderes públicos federal, estadual e municipal;
- O paciente em tratamento não perde o direito ao seu emprego. A lei deve existir no sentido de orientar a prática e garantir o não retrocesso dos avanços. (Relatório I, 1993, p. 53 e 54).

As estratégias destes eixos de luta estão principalmente voltadas ao encaminhamento de projetos de lei e ao processo de intervenção nos trâmites de formulação das mesmas. Um exemplo disso trata da tentativa de intervir na formulação de futuras portarias feitas pelo Ministério da Saúde. Estes procedimentos visam possibilitar a mudança dos esquemas de atuação na área da saúde mental, propondo um outro modelo baseado nos princípios da luta antimanicomial. Aparecem ainda duas questões que serão tratadas mais amplamente em alguns dos encontros posteriores: a garantia de atendimento no SUS e o direito a manter o emprego no caso de doença mental¹⁷. Coloca-se que o atendimento no SUS deve ser direcionado a todos que necessitem de cuidados em saúde mental independente de sua situação sócio-econômica. Esta medida vem com o intuito de garantir

¹⁷ Em ambas as questões pode-se reconhecer uma aproximação com a perspectiva de Baságlio, que inclui nas suas práticas o direito ao trabalho e ao atendimento gratuito e de qualidade.

igualdade no tratamento para todos os sujeitos, independente da classe social a que pertença, impedindo ainda a comercialização de serviços por instituições privadas¹⁸. O direito à manutenção do emprego caso o sujeito sofra alguma crise, impede sua exclusão do mercado de trabalho, minimizando assim um dos principais problemas resultantes do fenômeno “loucura”. Recorrentemente a este fator, o relatório II explanará com amplitude a questão da exclusão e em algum ponto mais especificamente a exclusão do mercado de trabalho.

E por último, o sexto eixo temático específico formulado no 1º Encontro Nacional intitula-se “A luta antimanicomial e as instituições estatais: autonomia, contradições, parcerias e ambigüidades”. Neste, as instituições estatais são compreendidas pelo Movimento Antimanicomial como dispositivos que respondem aos interesses das classes dominantes, visto que suas estratégias de atuação são determinadas pelos países capitalistas centrais e pelo FMI. Considera-se que o Estado brasileiro está pautado historicamente pelo autoritarismo, paternalismo, populismo e clientelismo, características que levam à produção de práticas contrárias às almejadas pela luta antimanicomial. Além disso, as políticas sociais e estatizadas são consideradas restritas, acreditando que isto acontece devido ao maior investimento nas relações de mercado para reprodução do capital. Estas conclusões formuladas pelo Movimento afirmam o seu posicionamento crítico frente aos discursos oficiais pautados pelo neoliberalismo, estendendo-se às práticas respaldadas pelo Poder Público. Pensando assim, foram discutidos os seguintes eixos de luta em relação à política oficial:

Eixo temático: A Luta Antimanicomial e as Instituições Estatais

Eixos de luta:

- Abertura pública dos relatórios das vistorias nos Hospitais;
- Ações diretas do movimento, enquanto movimento vivo e ativo, nas instituições;
- Luta pela democratização do Estado. O Estado Brasileiro não é um Estado democrático. O que existe é um democracia virtual e o movimento é um movimento de princípios democráticos contra uma sociedade disciplinar, autoritária e normativa;
- Participação do Movimento nas comissões de Saúde Mental dos Conselhos; nacional; estaduais e municipais;

¹⁸ O olhar sobre classe social vem também da influência de Baságlio, cujas práticas se aproximam destas acima propostas, coerentes com o materialismo-histórico-dialético, matriz que funda o trabalho deste autor.

- Exercer o controle popular das políticas das ações de Saúde, em parceria com outros movimentos sociais;
- A parceria do movimento com as instituições estatais deve se pautar pelos princípios éticos do movimento. Assumir e fazer as parcerias de maneira pontual;
- Que o Ministério da Saúde crie uma verba específica para pesquisas sobre as psicoses;
- Que as verbas públicas destinadas à Saúde Mental o sejam, prioritariamente, às instituições Públicas;
- As pessoas que participam do movimento e que circunstancialmente ocupam lugar de poder nas instituições estatal e que ali, não está representando o movimento;
- O movimento não deve perder seu poder de crítica sobre sua atuação nas instituições estatais;
- O movimento não se sente responsabilizado pelos equívocos da política do poder público, pois não tem participado diretamente da construção destas políticas;
- Estamos num processo de discussão da nossa organização e ainda não temos definido nossa participação ou não na política oficial de saúde mental;
- Estimular o Ministério da Saúde a criar uma colocação financeira para as atividades culturais, esportivas e trabalhistas àqueles portadores de sofrimento psíquico, tendo em vista que são atividades terapêuticas;
- Que o Ministério da Saúde crie uma verba específica para pesquisas sobre as psicoses;
- Que as verbas públicas destinadas à saúde mental o sejam, prioritariamente, às instituições públicas;
- As pessoas que participam do movimento e que circunstancialmente ocupam lugar de poder nas instituições estatais devem estar atentos para um olhar 'de fora' da instituição estatal e que ali, não está representando o movimento;
- Formar comissões que atuem com firmeza tanto no levantamento das denúncias, formação dos conselhos de saúde;
- Formar comissões encarregadas de angariações de verbas, apoios internacionais produção de eventos, etc;
- Que as associações de familiares tenham a função de poder entrar em qualquer hospital psiquiátrico, a qualquer hora, com o objetivo de defesa de qualquer paciente e para garantir os seus direitos;
- O movimento deve reconhecer seus avanços, lutando pela manutenção de espaços já conquistados, no gerenciamento de política de saúde (Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores, Comissões Tripartites) e pela ampliação destes;
- O movimento pode trabalhar em parceria com o Estado na implementação das propostas antimanicomiais, porém mantendo sua autonomia, enquanto representante dos setores populares, não se confundindo, e, mantendo sua independência do Estado". (Relatório I, 1993, p.23 e 24).

A partir destes eixos de luta, percebe-se o Movimento atuante nos espaços destinados às políticas públicas. Na medida em que há integrantes da luta antimanicomial ocupando posições de poder em instituições estatais como, por exemplo, Secretarias de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, etc, tem-se uma participação do Movimento na

política oficial, mesmo que com um posicionamento crítico. Ao fazer referência aos espaços conquistados no gerenciamento das políticas de saúde, o Movimento Antimanicomial apresenta-se vinculado a algumas instituições oficiais: Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores, Comissões tripartites. Isto configura a aliança que o Movimento estabelece com as instituições no intuito claro de obter poder de co-participação na implementação de propostas na área de atuação em saúde mental. Contudo, os eixos de luta ressaltam o posicionamento crítico que deve ser mantido junto à atuação nestas instituições, pautado pelos princípios éticos formulados pela luta antimanicomial. Assim, apesar da co-participação do Movimento na formulação de políticas públicas oficiais, considera-se fundamental manter ainda a independência em relação ao Estado. A principal medida apresentada para que tal autonomia se fortaleça vem no sentido de permanecer atuante quanto às ações institucionais, fiscalizando e contribuindo com o olhar antimanicomial para promover mudanças. O Movimento se coloca como um movimento democrático que luta contra o caráter disciplinar, autoritário e normativo da sociedade brasileira, por isso pretende cooperar na promoção pela democratização do Estado.

4.2.1 – Síntese das propostas do 1º Encontro Nacional e reconhecimento dos enunciados¹⁹

Neste 1º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial apresenta-se marcante aquilo que deu sentido à luta: pôr fim às instituições psiquiátricas e construir uma nova assistência em saúde mental. Logo, neste momento o Movimento ainda está se configurando, passando a ter uma identidade própria e deixando de ser o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental para se tornar mais amplo e plural. Evidencia-se nestes primeiros passos da luta antimanicomial, o intuito em legitimar o Movimento socialmente, envolvendo os usuários, familiares, técnicos e cidadãos nos debates e ações referentes à loucura. Um dos principais alvos de ação vem no sentido de acabar com a comercialização representada pela gestão privada das práticas em saúde mental. Além disso, considerando que a luta se empenha em acabar com as instituições psiquiátricas, a elaboração de uma nova assistência em saúde mental passa a ocupar grande parte das discussões, gerando o interesse em modificar a educação dos profissionais atuantes nesta área a partir de novos

¹⁹ Os enunciados serão discutidos no capítulo que trata da Arqueologia do MLA, aqui são apenas apontados.

modelos críticos. Tais modelos devem estar baseados na ampliação dos direitos de cidadania dos usuários, no respeito à singularidade de cada sujeito e na sua re-inserção à sociedade, refletindo sempre sobre as assimetrias do poder dos técnicos em relação aos usuários. Portanto, uma questão importante que se pronuncia nestes discursos é o enunciado que se refere às *relações de poder*²⁰, considerando que estas devem ser extinguidas da dinâmica interna do Movimento.

Um dos objetivos focais dos eixos de luta do segundo tema específico do relatório trata do enunciado “*humanização*” e está atrelado como fator fundamental nas novas práticas em saúde mental. Este primeiro relatório evidencia também a orientação a partir de uma perspectiva materialista-histórico-dialética, extrapolando o entendimento da loucura como um fenômeno psíquico e técnico, para uma compreensão que abrange ainda as questões políticas, sociais e econômicas na produção do sofrimento. A nova assistência em saúde mental, portanto, deve ser construída de maneira que englobe tais dimensões fazendo da “*clínica um ato político*”, sendo este mais um dos enunciados da luta antimanicomial. A intenção está em atingir o processo de exclusão, abrindo possibilidades para que a sociedade aprenda a lidar com o fenômeno da loucura sem estigmas e preconceitos. A inserção dos militantes juntos às políticas públicas de setor, também se configura como uma das formas de intervenção social.

4.3- 2º Encontro do Movimento Antimanicomial no Brasil

O 2º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial aconteceu em Belo Horizonte no ano de 1995 com aproximadamente mil participantes. Marcando o caráter plural do mesmo, lá estiveram presentes além dos técnicos, também usuários, familiares e militantes de outros segmentos sociais. Durante o processo de estruturação deste encontro, a comissão organizadora solicitou que os representantes de cada estado brasileiro enviassem por escrito os acontecimentos significativos de sua história local. A partir destes dados e da reconstituição de marcos históricos cuja importância obteve reconhecimento nacional, pôde-se reunir informações relevantes²¹.

²⁰ Esta questão será discutida mais detalhadamente no capítulo que trata da Arqueologia do MLA, bem como os demais enunciados.

²¹ Estas informações são apresentadas no capítulo que se refere à genealogia do Movimento Antimanicomial no Brasil.

O tema central deste relatório trata da problemática da ‘Exclusão’, a partir do qual derivam todos os eixos temáticos: exclusão na cultura, exclusão no trabalho, exclusão na assistência e exclusão no direito. Ressaltou-se a necessidade do Movimento estar inserido em outros movimentos sociais que também lutam contra estas questões, Movimento Negro e Movimento Sem Terra, por exemplo. Foi possível localizar duas recorrências em relação ao relatório anterior: a aliança com outros movimentos sociais e a formação dos futuros profissionais da saúde mental baseada na luta antimanicomial.

O primeiro eixo temático discutido tratou da “Exclusão na Cultura”, definindo-se inicialmente que:

Cultura é conhecer e instruir; é tudo o que se produz através do pensamento entre pessoas; cultura é o que resulta do pensamento entre pessoas; cultura é criar conversa. Cultura são os ritos, valores e crenças de um povo. Cultura é tudo que diz respeito à vida (Relatório II, 1995, p. 09).

A partir desta definição considerou-se mais adequado tratar de “ideologia manicomial” ou invés de “cultura manicomial”; já que entendendo a cultura como criativa, não poderia ser manicomial. Neste eixo temático, a loucura, considerada como um fenômeno inerente ao homem, não deve ser compreendida apenas pelo viés biológico, mas ainda pelas questões sociais que produzem sua manifestação. O papel dos profissionais em saúde mental, considerado como parte estratégica no processo de transformação da realidade manicomial, deve promover modificações nas relações entre técnicos e usuários: “*Os técnicos precisam resgatar o sentido real da ‘humildade’*” (idem, pág 10). A palavra humildade, proveniente da matriz cristã, supõe uma das influências, direta ou indireta, na matriz de práticas e saberes do Movimento Antimanicomial. Os eixos de luta do tema “Exclusão na Cultura” abrangem os seguintes pontos:

Eixo temático: Exclusão na Cultura

Eixos de luta:

- utilizar as produções artísticas e literárias com os temas “loucura e manicômio” como referência para quem esteve envolvido com tais temas.
- garantir gratuidade de meios de transportes para os usuários;
- Melhorar canais de comunicação com a sociedade, indo para o meio escolar;

- Modificação dos currículos dos profissionais em saúde mental;
- Atentar acerca da lógica manicomial para com os serviços substitutivos;
- Envolver os usuários com grupos artísticos da região;
- Aumentar contato com outros movimentos populares;
- Divulgar o movimento para a população;
- Incluir a discussão saúde mental/exclusão à cidadania/direitos dos cidadãos/respeito ao diferente, nos fóruns e sindicatos relacionados à educação;
- Buscar parcerias com associações de bairro, igreja, etc, para produção conjunta de eventos culturais públicos;
- Incentivar adoção de portadores de sofrimento mental;
- Realizar mais debates entre usuários;
- Promover fóruns para apresentação de trabalhos científicos e de experiências práticas em saúde mental
- Rever concepção de homem e a “doença mental” nas universidades;
- Apoiar a lei dos direitos autorais e a lei de democratização dos meios de comunicação
- Incentivar criação de espaços que não se caracterizem como local de tratamento mais sim de um espaço público de convivência, com tarefas artísticas;
- Buscar espaço em programas de televisão;
- Transformar a concepção de loucura nos cursos de graduação da área da saúde;
- Incluir o portador de sofrimento mental no sistema educacional formal;
- Aproximar o movimento com entidades representativas em educação para pensar os atravessamentos entre luta antimanicomial e formação
- Mudança da cultura é uma luta política. (Relatório II, 1995, p. 10-11).

Pode-se perceber que as propostas de luta do eixo temático “Exclusão na Cultura” voltam-se principalmente para o sistema educativo do Brasil, abrangendo o Ensino Médio e o Superior. Pretende-se trabalhar a concepção de loucura nestes espaços, principalmente para com os sujeitos que virão a atuar na área da saúde mental. Junto a esta questão vem a proposta de rediscutir as questões epistemológicas que constroem a concepção de loucura no âmbito educacional, com o intuito de que isto reflita diretamente na ação dos serviços substitutivos. A arte, apontada como um instrumento de expressão no meio social, deve ser utilizada para trazer à tona os temas da loucura e do manicômio, bem como a mídia que poderia divulgar as propostas antimanicomiais. Em conjunto com estas medidas estão: o interesse em envolver a população nas novas práticas propostas pelo Movimento através de atividades artísticas em espaços públicos comuns aos usuários, a adoção de portadores de doença mental, e a construção de parcerias com instituições presentes nas comunidades

(associação de bairro, igreja, etc). Num âmbito mais global, o Movimento pretende se envolver com outros movimentos sociais, para apoiar outras lutas que não estejam exclusivamente relacionadas com a loucura, como por exemplo, o apoio à lei dos direitos autorais e a lei de democratização dos meios de comunicação.

O segundo eixo temático denominado “Exclusão no Trabalho”, explicita claramente a proposta do Movimento Antimanicomial de ir contra o projeto liberal já que o mesmo produz a exclusão no mercado de trabalho. A discussão de tal aspecto traz a visibilidade de uma posição político-ideológica do movimento. Para tanto o seguinte é colocado: *“neste sentido amplia-se a questão das especificidades da luta antimanicomial para questões gerais de cidadania, o que implica numa articulação com todos os movimentos sociais organizados”* (Relatório II, p. 11). A temática sobre exclusão no mercado de trabalho e a luta contra o projeto neoliberal demonstra a influência do materialismo-histórico-dialético nas práticas e saberes do Movimento que se caracteriza principalmente a partir da influência da obra de Baságlia. Os eixos de luta deste eixo temático apresentam as seguintes propostas:

Eixo temático: Exclusão no Trabalho

Eixo de luta:

- Criar núcleo dentro do movimento para discutir temas como: trabalho na sociedade, formação de cooperativas, leis trabalhistas, capacitação para o trabalho;
- Viabilizar formas de utilização do Fundo de Amparo ao Trabalhador e fundos participativos de empresas privadas que tenham afinidade com o Movimento;
- Aprofundar a questão da cooperativa social – projeto de lei do deputado Paulo Delgado;
- Criar estruturas de trabalho (associação e cooperativa), sem produzir o caráter excludente;
- Encaminhar propostas para Comissão de Reforma Previdenciária (revisão da legislação sobre aposentadoria por invalidez, revisão das leis trabalhistas nos pontos referentes ao portador de sofrimento mental);
- Equidade nos direitos trabalhistas;
- Que leis não caminhem no sentido de reservar no mercado de trabalho lugares destinados exclusivamente ao portador de sofrimento mental;
- Condição de trabalho no mercado formal para o portador de sofrimento mental;
- aproximação com OAB, para ter apoio na luta antimanicomial;
- Repúdio à política neoliberal;
- Capacitação dos usuários para o mercado de trabalho;

- Garantir indenizações aos usuários ou familiares destes devido à erros médicos e negligência no tratamento;
- Investir no mercado de trabalho, nos setores de economia popular. (Relatório II, 1995, p. 12).

Nestes eixos de luta as propostas estão em função do mercado de trabalho e a ênfase está na capacitação, na inclusão, no incentivo às práticas cooperativistas e na igualdade à aplicação das leis trabalhistas, independente de o cidadão identificar-se ou não como sofredor psíquico. Apresenta-se a possibilidade de vinculação do Movimento com empresas privadas quanto a incentivos econômicos, o que pode se supor a influência de discursos e práticas como: solidariedade, democracia participativa, etc. Há uma preocupação também com questões de ordem legislativa, como por exemplo, o aprofundamento das discussões acerca da cooperativa social do projeto de lei Paulo Delgado, revisão da aposentadoria por invalidez e as leis trabalhistas referentes ao portador de sofrimento mental. Tais políticas apresentam-se relacionadas aos estigmas que a loucura pode produzir socialmente, por isso enfatiza-se a ‘não diferença’, mesmo que seja nos termos da lei (exemplo: reservas no mercado exclusivas aos usuários), aspectos que resultam na luta pela capacitação dos usuários e a sua inserção no mercado formal. O setor de economia popular é apontado como uma possibilidade interessante, já que produz espaços no mercado de trabalho evitando o sofrimento causado pela exclusão.

O terceiro eixo temático deste relatório denominado “Exclusão na Assistência”, se refere às práticas em saúde mental que vêm para substituir as intervenções realizadas nos hospitais psiquiátricos. Este tópico apresenta debates que tratam da questão da autonomia dos usuários, construída no modelo de trabalho baseado nos princípios antimanicomiais. O grupo responsável por estas discussões analisa três vertentes diferentes acerca desta questão. Sob a vertente do abandono coloca o seguinte: *“a autonomia não é absoluta para os seres humanos; num momento de crise isso tem que ser levado em consideração, pois negar isso é excluir”* (Relatório II, p. 12). Sob a perspectiva da vertente da tutela: *“repensar a relação com o usuário para não correr o risco de reproduzir o antigo sistema. Até que ponto a relação com o profissional de saúde favorece a tutela, restringindo o processo de autonomia do usuário?”* (idem, p. 12). E sob a vertente da ética: *“garantir voz e escuta aos usuários, familiares e comunidade”* (idem, pág. 13). Estas discussões ocasionaram o entendimento de que a autonomia dos usuários dos serviços de assistência

em saúde mental não pode ser vista apenas por uma perspectiva. A questão da *autonomia*, que também se configura como um dos enunciados do Movimento Antimanicomial, segundo estes discursos, deve ser vista como relativa e não absoluta como, por exemplo, num caso de crise onde o usuário tem sua autonomia abalada. Propõe-se que tal discussão se estenda a todos, principalmente aos usuários e aos técnicos, para que se tenha em vista o processo de desinstitucionalização que deverá “*ir ao encontro das necessidades do ser humano*” (idem, p. 13), neste novo modelo de assistência. Coloca-se a necessidade de se ter em vista os diversos campos que envolvem a exclusão na assistência: educação, família, trabalho, cultura e direito, considerando que as instituições geralmente visam a ordenação e a linearidade do comportamento. O modelo de assistência baseado na luta antimanicomial busca encontrar maneiras de construir uma ordem que comporte a diferença e o inesperado, com discernimento entre assistir e excluir. “*Não basta uma maquiagem. É preciso bancar um processo de invenção não apenas reproduzindo modelos mas construindo a partir de um contexto histórico*” (idem, p. 13).

Esta discussão traz novamente à tona a questão saber/poder, sugerindo mais uma vez que o saber não seja utilizado como instrumento de poder. Desta maneira o saber deveria ser construído de “forma não hierarquizada”, entre todos os envolvidos nas práticas de assistência em saúde mental: técnicos, familiares, usuários, etc. Estes discursos recorrentemente trazem a visibilidade da crença do Movimento na possibilidade do não intercruzamento entre o saber e o poder. Expressa-se, mais uma vez, a intenção de que as relações de poder não ocorram dentro do Movimento Antimanicomial, porém sem desconsiderar que as mesmas possam ocorrer entre este e outras instâncias da sociedade, do Estado. Ou seja, as relações de poder são contempladas nas práticas do Movimento, não no âmbito interno, mas de dentro para fora, o que é evidenciado nestas palavras:

A intersetorialidade é importante para que a assistência seja reformulada em todas as áreas, articulando-se com outros movimentos da sociedade. Que tal relação seja trabalhada no sentido da superação do modelo antimanicomial, vindo também a ocupar espaços políticos de **poder e decisão** (Relatório II, 1995, p. 13).

Isto significa que as relações de poder são negadas e evitadas entre os envolvidos internamente ao Movimento Antimanicomial, mas não na relação deste com a sociedade, supondo que construindo todos juntos (sem hierarquias) o saber, isto seria possível.

Diferentemente da ciência tradicional, as práticas antimanicomiais buscam produzir um saber teórico que considere as singularidades dos sujeitos, construindo através desta perspectiva o processo de desinstitucionalização. Partindo deste pressuposto, os discursos enfatizam a construção de serviços substitutivos e não alternativos, o que garantiria a desinstitucionalização e não a humanização dos serviços, acreditando que apenas desta maneira uma mudança poderia ser provocada efetivamente. Considerando tais questões, os eixos de luta produzidos a partir do tema “Exclusão na Assistência” são os seguintes:

Eixo temático: Exclusão na Assistência

Eixos de luta:

- Eliminar o hospital psiquiátrico e exigir do Estado investimento nos serviços substitutivos;
- Apoiar a municipalização dos serviços de saúde, tendo em vista uma assistência não excludente;
- Respeito á diversidade teórica utilizada pelos profissionais de saúde mental, e atenção para com sua prática;
- Incentivo aos temas de pesquisas multicêntricas;
- Que a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica exerça efetivamente o papel para o qual foi eleita;
- Defender e avançar a implantação do SUS levando em conta a não exclusão na assistência e viabilizando a sua reformulação;
- Garantir 10% de recursos destinados para a saúde no âmbito estadual
- Informar a todos os envolvidos o PAD;
- Elaborar e divulgar cartilhas informativas quanto aos serviços substitutivos a todos os interessados;
- Exigir do Ministério da Saúde uma Política de Saúde Mental antimanicomial;
- Atuação enérgica junto às comissões fiscalizadoras das secretarias de saúde, em relação aos manicômios;
- Promover mudanças curriculares e práticas que correspondam ao modelo assistencial;
- Substituir o termo “internação” pela utilização do conceito de atenção psíquica intensiva;
- Utilizar meios de comunicação para divulgar práticas antimanicomiais;
- Reinventar o atendimento mudando os conceitos e a tradicional linguagem médica;
- Que a alta seja avaliada por uma equipe de saúde mental e não apenas por ordem médica. (Relatório II, 1995, p. 14-15).

O enfoque destes eixos de luta está em mudar a prática tradicional desenvolvida nos hospitais psiquiátricos para uma outra forma de intervenção que não seja estigmatizadora. Para mudar determinadas concepções nos atendimentos na área de saúde mental, pretende-se promover discussões nos espaços destinados à educação, com o intuito de provocar mudanças nas grades curriculares para que reflita em práticas afins ao novo modelo assistencial. Pretende-se utilizar os meios de comunicação para divulgar as práticas antimanicomiais. Estas questões são recorrentes, já que tratam temas comuns aos eixos de luta da “Exclusão da Cultura”, o que sugere que instituições como escolas, universidades e mídia, se apresentam como alvos de interesse na luta antimanicomial. Evidencia-se o objetivo de promover o envolvimento de toda a sociedade no processo de desinstitucionalização, utilizando para isso estratégias como: criar mecanismos de informação sobre o PAD (Programa de Apoio à Desospitalização), e investir na elaboração de cartilhas informativas sobre o processo antimanicomial. A partir destas medidas de intervenção social, o Movimento articula-se com diversas organizações, sendo estas, os municípios, o SUS, o Ministério da Saúde e as Comissões Fiscalizadoras das Secretarias da Saúde. Junto às mesmas, pretende-se concretizar alguns dos objetivos da luta antimanicomial, tais como: construir um tipo de assistência inclusiva nos municípios, garantir a atuação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e das Comissões Fiscalizadoras das Secretarias da Saúde, exigir do Ministério da Saúde uma política de saúde mental antimanicomial.

O quarto e último eixo temático deste relatório refere-se à “Exclusão no Direito”. O Direito para o Movimento Antimanicomial não se resume à figura da lei sendo esta considerada um instrumento para atender o interesse de determinados grupos: *“A lei é interpretada como uma relação de poder da classe hegemônica, podendo formalizar qualquer tipo de injustiça”*. (Relatório II, p. 15). O questionamento central nas discussões sobre a exclusão no direito é: *“um ato de violência seria um ato de desrazão?”* (idem). O Movimento critica o Código Penal que pretende proteger o louco infrator ao substituir a penalidade pelo “tratamento”, considerando uma medida pior, por ser de tempo indeterminado: *“Trata-se, pois de uma exclusão radical, segundo as leis produzidas por uma cultura manicomial”* (idem). Estes aspectos se estendem socialmente, uma vez que se acredita que a periculosidade está particularmente relacionada à ‘doença mental’. O

discurso do Movimento Antimanicomial atenta para o fato de que a incidência de infrações à lei é maior entre os sujeitos considerados “normais” do que entre os “loucos”. A expressão “loucos de todo gênero” que está no Código Civil e na legislação de 1934 também é alvo de questionamento, gerando debates contrários à manutenção da mesma. A luta antimanicomial pretende modificar a lei, contando com outros movimentos organizados para atingir seus objetivos. Promovendo estas, entre outras mudanças na lei, o Movimento pretende conquistar o apoio legal do dispositivo, buscando a coerência deste com os seus princípios. Os eixos de luta provenientes das discussões sobre a exclusão no direito, apresentam as seguintes propostas:

Eixo temático: Exclusão no Direito

Eixos de luta:

- Lutar pela revogação de toda legalização de caráter manicomial;
- Diagnosticar e fazer as reivindicações necessárias quanto à situação dos manicômios judiciários;
- Denunciar o não cumprimento das leis antimanicomiais já aprovadas;
- Que as instâncias de fiscalização dos estados, sejam constituídas nos princípios do movimento de luta antimanicomial;
- Intervir na cultura, na mídia e sociedade, derrubando os preconceitos desmistificando a loucura;
- Que o movimento aponte para a justiça parâmetros e critérios nos processos de interdição e curatela, subsidiando os usuários nestes casos;
- Promover aos usuários informações sobre os seus direitos;
- Questionar saberes psiquiátricos e jurídicos;
- Fazer uma interlocução com instituições policiais, judiciárias, envolvendo a sociedade civil nas discussões do trato com o portador de transtorno mental;
- Nos casos de infração cometida por portador de sofrimento mental, que os laudos requisitados pela justiça à saúde mental, sejam fornecidos por equipe multidisciplinar;
- Acabar com a internação por alcoolismo em hospitais psiquiátricos;
- Fazer veicular informações sobre o PAD (Programa de apoio a desospitalização)” (Relatório II, 1995, p. 15-16).

Aqui o Movimento toma como alvo as instituições policiais e judiciárias, estendendo para toda a sociedade a discussão sobre a relação destas com os sujeitos “loucos”. Os saberes psiquiátricos e jurídicos são colocados em xeque uma vez que estão atrelados ao processo de exclusão no direito. Aparecem ainda algumas propostas recorrentes do eixo temático “Exclusão na Assistência” que se referem à divulgação de informações sobre o

PAD e à desmistificação da loucura a partir de uma cultura antimanicomial. Porém no tema “Exclusão na Assistência” a desmistificação viria pela educação contando com as organizações ligadas a esta questão, e no caso da “Exclusão do Direito” a divulgação destas idéias (com o intuito de derrubar os preconceitos) teriam como meio a cultura, a mídia e a sociedade.

4.3.1 – Síntese das propostas do 2º Encontro Nacional e reconhecimento dos enunciados

O tema central deste relatório II, conforme visto, trata da exclusão; e os eixos temáticos com seus respectivos eixos de luta vêm no sentido de compensar este problema proveniente dos estigmas produzidos pela loucura. A cultura, o trabalho, a assistência e o direito são os temas a partir dos quais emergem as discussões nos grupos. As questões sócio-econômicas e culturais são abordadas em tais eixos temáticos e nos eixos de luta correspondentes, assim alguns enunciados podem ser visualizados a partir deste olhar. No tema “Exclusão na Cultura” foi possível localizar dois enunciados: *“humildade”* e *“a arte é o grande canal de expressão do homem”*. Este eixo temático apresenta o olhar do Movimento Antimanicomial sobre o fenômeno da loucura. Aqui a loucura é vista como inerente ao homem e isto significa que pode se manifestar em qualquer sujeito, sendo tratada como um fenômeno em potencial. Esta idéia se aproxima da concepção de Baságlia (1979) da qual a loucura faz parte da condição de ser humano. As discussões deste eixo temático trazem, além disso, uma crítica à sociedade capitalista proferida pelo Movimento Antimanicomial: *“A sociedade capitalista, com sua mentalidade massificadora, abafa a subjetividade do homem, principalmente do homem que está sob sofrimento psíquico (o louco)”*. Este discurso não trata da sociedade capitalista como produtora da loucura - apesar de que em alguns outros momentos esta questão é discutida - mas critica a postura deste tipo de sociedade, e a sua “mentalidade massificadora” que minimiza a possibilidade de expressões de subjetividade, “abafando” principalmente a subjetividade do louco. Assim, a expressão singular de cada sujeito apresenta-se como um tema recorrente nas discussões do Movimento, onde se condena a exclusão devido às diferenças.

O eixo temático “Exclusão na Assistência” apresenta os enunciados *“autonomia e autogestão”*, *“intersectorialidade”*, *“atenção psíquica intensiva”* e *“desinstitucionalização”*

que trazem um outro direcionamento nas práticas em saúde mental. Enquanto que o eixo temático “Exclusão no Direito”, tendo a lei como alvo, busca o suporte necessário para instaurar as novas práticas em saúde mental e modificar culturalmente o olhar excludente acerca da loucura, a partir de outra postura frente aos casos de infração. Os enunciados presentes nesta discussão vêm da expressão “*loucos de todo gênero*” e o de “*periculosidade latente*”, onde a criminalidade está atrelada à doença mental.

Percebe-se uma mudança histórica do 1º Encontro Nacional do Movimento para este 2º Encontro. Considerando que o 1º Encontro se caracterizava como uma preparação para a luta antimanicomial, apesar de já ter conquistado ressonância através de algumas ações locais como a da cidade de Santos-SP, o 2º Encontro traz a visibilidade da expansão da luta para diversos estados brasileiros. Após o 1º Encontro, os seguimentos estaduais do Movimento construíram sua própria história, somando juntos uma ação nacional da luta antimanicomial, gerando um impacto maior na sociedade.

4.4- 3º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil

No relatório III referente ao 3º Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, o tema central trata da luta “Por uma sociedade sem exclusões”, que se caracteriza como um deslocamento do lema “Por uma sociedade sem manicômios” e uma retomada ao problema da exclusão. Este encontro realizou-se no mês de novembro de 1997, em Porto Alegre sob a responsabilidade do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. O debate aconteceu em função do referencial ético-político do Movimento sob diversos enfoques: “*legislação, cultura, trabalho, formação e assistência às crianças, aos adolescentes e aos adultos*” (Relatório III, p. 02). Algumas ações em andamento configuram o objetivo de envolver outras instituições da sociedade na luta antimanicomial:

Juízes, trabalhadores do direito e parlamentares elaboraram manifestos de apoio às lutas do Movimento, a delegação latino-americana redigiu uma carta de solidariedade ao Movimento, a coordenação de saúde mental da Organização Mundial da Saúde enviou os votos de sucesso ao Encontro, assim como a última resolução da OMS na direção da Reforma Psiquiátrica no mundo (Relatório III, 1997, p. 20).

Comemora-se, neste momento, 10 anos de luta antimanicomial, considerando seu início em 1987. Estiveram presentes neste encontro 17 delegações de estados brasileiros, bem como representantes da Argentina, Uruguai, Paraguai, Venezuela e Cuba. Dos participantes que somavam o número de 988, mais da metade (60%), foi referente à presença de usuários e familiares.

A estrutura organizativa do conteúdo deste relatório se apresenta diferentemente em relação aos demais. Enquanto os outros apresentam eixos temáticos com respectivos eixos de luta, este relatório está dividido em determinados temas centrais que se aprofundam através de sub-temas, onde a partir de cada um destes constrói-se os eixos de luta específicos. Assim, por exemplo, o primeiro tema central trata da “Legislação e Cidadania: a construção do sujeito de direitos”, se divide em nove sub-temas que enfocam: as leis da reforma psiquiátrica, a revisão do Código Civil e as interdições, a revisão do Código Penal e o fim dos manicômios judiciários, a defesa dos direitos humanos e as ações jurídicas em sua defesa, o direito de organização, do assistencialismo à cidadania, os direitos na rede virtual e na inclusão nos planos de saúde. Portanto, nesta disposição estrutural do relatório, a primeira temática central discutida está em função das questões do “Direito”.

A segunda temática central trata da “Cultura: a construção do sujeito ético-estético” desenvolverá os seguintes sub-temas: referenciais da cultura antimanicomial, a construção de valor e as concepções, a construção do protagonismo: a intersectorialidade e as redes socioculturais, o intercâmbio e a formação como estratégias de mudanças culturais e o Movimento nos meios de comunicação. Nesta segunda temática, as discussões colocam a “Cultura” como questão central com o intuito de articular eixos de luta que produzam mudanças através de referenciais antimanicomiais. Esta se caracteriza como uma questão recorrente por ter sido tratada em ambos os relatórios anteriores, o que exterioriza a ênfase do Movimento em transformar a cultura quanto aos aspectos relacionados à loucura e às práticas manicomiais.

A terceira temática central se apresenta como “Trabalho: a construção da auto-gestão” trazendo apenas um sub-tema sobre o contexto, os conceitos e participantes do momento histórico, ano de 1997. Trata dos reflexos da globalização da economia e enfrentamento do acirramento do mercado de trabalho. As temáticas centrais posteriores que serão tratadas como as anteriores em suas especificidades não apresentam sub-temas e

são as seguintes: “Formação e Capacitação: a construção dos saberes”, que discute o processo de educação vinculado à luta antimanicomial, “Atenção às crianças e aos adolescentes: a constituição do sujeito do desejo”, e finalmente “Atenção ao Adulto: desconstruindo manicômios, instituindo uma rede de serviços substitutivos”, que enfatiza as práticas e saberes da rede de serviços substitutivos em saúde mental.

Portanto este relatório apresenta os temas centrais com os seus sub-temas (quando existem) e respectivos eixos de luta esboçados aqui com os devidos comentários ao final.

Tema central I: Legislação e Cidadania: a construção do sujeito de direito.

Sub-temas:

1. O direito a Assistência na Rede de Serviços Substitutivos: as Leis da Reforma Psiquiátrica:

Eixos de luta:

- Pressionar os Senadores na aprovação da Lei Paulo Delgado;
- Intensificar a mobilização do Movimento para a concretização das leis estaduais na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pela rede substitutiva de atenção em saúde mental;
- Fomentar a criação de leis antimanicomiais nos âmbitos municipais e estaduais, que assegurem a manutenção dos serviços substitutivos em saúde mental;
- Incluir projetos de leis que garantam a moradia de usuários residentes em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários. (Relatório III, 1997, p. O3)

2. A Capacidade Civil de Todo ser Humano: a Revisão do Código Civil e das Interdições:

Eixos de luta:

- Lutar pela supressão da referência hoje existente no artigo 5º, inciso II, do Código Civil quanto à incapacidade absoluta dos “loucos de todo gênero” para os atos da vida civil. Esta é uma questão crucial para o Movimento que se norteia pelo reconhecimento do princípio da capacidade civil de todo ser humano e cidadão. Esta reivindicação deve ser sustentada com seriedade e empenho pelo Movimento junto a entidades jurídicas como a OAB, entidades de Direitos Humanos, instituições formadoras, parlamento brasileiro e comissão de revisão do Código Civil, bem como ser divulgada amplamente em todos os canais de comunicação. O Movimento se dispõe a uma parceria com os movimentos sociais de outros segmentos afetados pelo artigo 5º, como por exemplo, os surdos-mudos, que muitas vezes são indevidamente declarados incapazes para a vida civil;

- Coibir os trâmites jurídicos, mecanismos periciais e dispositivos sociais que facilitem a interdição de pessoas com transtornos mentais;
- Promover a divulgação plena e pública da condição de temporariedade da interdição, com a possibilidade e condição de revisão solicitada pelo usuário e terceiros. (Relatório III, 1997, p. 03-04).

3. O direito de questionar a periculosidade e a responsabilidade pelos próprios atos: a revisão do código penal e o fim dos manicômios judiciários;

Eixos de luta:

- Rever o conceito de periculosidade existente no Código Penal;
- Rever o conceito de inimputabilidade, fundamentando a revisão de responsabilidades dos usuários pelos seus atos;
- Exigir maior presteza nas revisões de declaração de insanidade mental, diminuindo o prazo mínimo obrigatório de emissão da dita “verificação de periculosidade” para 6 meses ao invés de anual, e a instituição na L.E.P. –Lei das Execuções Penais – da alta progressiva pra internados em manicômios judiciários;
- Reivindicar junto às instâncias competentes a fiscalização e avaliação das condições de vida e tratamento dos usuários dos manicômios judiciários, verificando a efetiva necessidade da permanência destes nestas instituições. Devem estar envolvidos nesta fiscalização instâncias sociais diversas tais como: conselhos de saúde, ministério público, conselho penitenciário, movimento, etc;
- Propor a extinção progressiva dos manicômios judiciários e proibição da construção de novos estabelecimentos desta natureza;
- Reafirmar que o atendimento em saúde aos presidiários deverá ser garantido pelo SUS. A atenção em saúde mental aos presidiários deverá ser realizada pelos serviços públicos substitutivos e garantindo seus direitos e cidadania. (Relatório III, 1997, p. 04).

4. A defesa dos direitos humanos e as ações jurídicas em sua defesa;

Eixos de Luta:

- Sensibilizar, informar e propor parcerias com as Comissões de Direitos Humanos de diversas instâncias, e outras entidades da mesma natureza, para orientar e acompanhar as ações jurídicas dos usuários que tiverem seus direitos violados;
- Estabelecer a possibilidade de um contrato entre o usuário fora de situação de crise e uma pessoa de sua confiança, por ele designado, através do consentimento informado, com representante de sua vontade em situações que impliquem em constrangimento legal de sua autonomia;
- Recomendar que o transporte dos usuários em crise seja de responsabilidade dos serviços locais de saúde e que seja feito de maneira humanizada e com qualidade;
- Criar comissões municipais interdisciplinares, com usuários e familiares para as discussões com o Ministério Público;
- Utilizar o Código de Defesa do Consumidor contra erros e abusos praticados pelos serviços de saúde”. (Relatório III, p. 04-05)

5. O direito de organização: os diversos modos associativos:

Eixos de luta:

- Promover a organização dos militantes do movimento em associações de abrangência nacional, estadual e municipal, podendo as mesmas constituírem-se em ONGs ou outros modos de organização;
- Elaborar cartilha informando os direitos de cidadania, garantias individuais e sociais do ser humano e do portador de sofrimento psíquico, em especial. Nesta cartilha serão incluídas as informações principais sobre o SUS, Código Civil, Penal, Leis de Abuso de Poder, Código de Defesa do Consumidor, a questão da passagem do usuário pelo hospital psiquiátrico e pelos serviços substitutivos e outros temas relevantes para assegurar o direito dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico;
- Recomendar que os estatutos das Associações de Usuários e Familiares incluam a defesa e divulgação dos seus direitos com base no Código de Defesa do Consumidor e na Carta de Direitos e Deveres dos Usuários. (Relatório III, 1997, p. 05)

6. Os direitos sociais: do assistencialismo à cidadania:

Eixos de luta:

- Substituir os atestados de saúde mental por atestados de saúde;
- Rever os critérios e legislação da aposentadoria e auxílio desemprego, adequando-os às necessidades individuais e considerando sua menor condição de competitividade;
- Excluir o hospital psiquiátrico da relação de entidades credenciadas e emitir o laudo para concessão do benefício da LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social – proibindo, ainda, que os diretores ou donos dessas instituições possam requerer a curatela dos pacientes. Garantir o benefício como um instrumento que promova a inclusão social do portador de sofrimento mental;
- Apoiar o Projeto de Lei das Cooperativas Sociais do Dep. Paulo Delgado;
- Garantir aos usuários o acesso aos serviços de saúde mental e a outros locais de sua cidade, através de diversos mecanismos, a serem definidos de forma conjunta e democrática pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental. (Relatório III, 1997, p. 05-06)

7. Os direitos na rede virtual:

Eixos de luta:

- Ampliar a “home-page” do movimento, criando um banco de dados com informações sobre atualizações das ações dos núcleos estaduais e nacional, sobre legislações, jurisprudências e instrumentos jurídicos, que subsidiem e assessorem o Movimento, na elaboração de processos judiciais, além de propiciar que se acione instâncias de recursos no Poder Público em defesa do cidadão;
- Criar sala de bate-papo na Internet, para a socialização de idéias e promoção de reuniões virtuais. (Relatório III, 1997, p. 06).

8. O direito a inclusão nos planos de saúde:

Eixo de luta:

- Ressaltar a responsabilidade do SUS no atendimento em saúde a todos os cidadãos e no tocando aos usuários reafirmar: a não discriminação das pessoas com sofrimento psíquico, o atendimento em serviços substitutivos com garantia dos direitos de cidadania. (Relatório III, 1997, p. 06).

9. O cumprimento das deliberações.

Eixo de luta:

- Exigir nos âmbitos municipal, estadual e nacional respeito a todas as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental. (Relatório III, 1997, p. 06).

A partir da temática central “Legislação e Cidadania”, a luta antimanicomial se aproxima do Senado bem como das Câmaras Municipais e Estaduais, com o intuito de obter o apoio legal na substituição dos hospitais psiquiátricos pela rede de atenção em saúde mental. Ao discutir a revisão do Código Civil e das Interdições encontram-se duas recorrências em relação ao relatório II: o uso do termo “loucos de todo gênero” no Código Civil e o termo “periculosidade latente”, o que significa que até este momento da história do Movimento não se obteve acerca destas questões os resultados almejados. Estes enunciados, bem como o de *inimputabilidade*, traz à tona a discussão da revisão das responsabilidades do sujeito “louco” pelos seus atos. Estas questões apontam a interlocução dos saberes e poderes produzidos pela psiquiatria e o direito, os quais são debatidos nos encontros do Movimento através de uma postura crítica. Evidencia-se a articulações com instituições como: OAB, instituições formadoras, Parlamento, Comissão de revisão do Código Civil, outros movimentos sociais, e mídia. As entidades dos direitos humanos também estão vinculadas ao Movimento aspecto que reafirma a influência de princípios humanistas.

Enfoca novamente o incentivo à utilização do SUS em detrimento de qualquer instituição privada, aspecto também debatido no eixo temático “Exclusão da Assistência” do relatório II. Ao promover discussões sobre o “tratamento” realizado nos manicômios judiciários, o Movimento avalia a questão e apresenta uma série de críticas com o intuito de modificar estas práticas; para tanto pretende vincular-se às seguintes instituições: conselhos de saúde, ministério público, conselho penitenciário. A luta pelos direitos à cidadania

apresenta-se como foco em todos os relatórios e se caracteriza como uma das linhas de ação mais importantes neste também. Além disso, sugere-se que o Código de Defesa do Consumidor seja utilizado como um texto legal, na luta contra os abusos sofridos pelos usuários nos serviços de saúde. No sub-tema “A defesa dos direitos humanos e as ações jurídicas sem sua defesa”, dá-se ênfase na participação dos usuários e dos familiares na militância, com o intuito de envolvê-los nas discussões com o Ministério Público.

Ao tratar do quinto sub-tema “o direito de organização” desta temática central, apresenta-se a proposta de promover a organização do Movimento Antimanicomial através da formação de ONGs, discussão que ficou em suspenso desde o 1º Encontro Nacional. Outras formas de organização vinculadas ao Movimento também são abordadas, como por exemplo, as Associações de Usuários e Familiares que se faz atuante em vários estados brasileiros. O eixo de luta promovido pela discussão do “direito de organização” vai tratar dos direitos de cidadania, especialmente dos usuários, garantindo e divulgando os mesmos através dos seguintes documentos: Código Civil e Penal, Leis de abuso de poder e Código de defesa do consumidor. O relatório discute a legislação da aposentadoria e auxílio desemprego ao abordar o sub-tema referente aos “direitos sociais”, com o intuito de adequá-los às necessidades individuais dos usuários, considerando a menor condição de competitividade dos mesmos. Com a recorrente ênfase em garantir um atendimento público na promoção de saúde mental, desenvolve-se esta questão nos dois sub-temas “os direitos sociais, do assistencialismo à cidadania” e “o direito à inclusão nos planos de saúde”. Faz-se alusão à LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social – que pode servir como um instrumento promotor de inclusão social.

Tema central II: Cultura: a construção do sujeito ético-estético

Sub-temas:

1- Referenciais da cultura antimanicomial:

Eixos de luta:

- Incentivar a ética e a cultura desde a infância;
- Garantir permanentemente o caráter independente do Movimento Antimanicomial frente aos governos, Estado, partidos políticos e instituições religiosas;
- Desmistificar a cultura manicomial existente;

- Garantir ao usuário e sua família o direito de expressão nos espaços sociais, culturais e políticos;
- Respeitar a indumentária e estética do usuário;
- Utilizar a arte como instrumento produtor de saúde e comunicação, na luta antimanicomial;
- Estimular a autonomia das discussões e da organização dos usuários;
- Reafirmar que a mudança da cultura manicomial é uma responsabilidade de todos (usuários, familiares, técnicos). (Relatório III, 1997, p. 09).

2- A construção de valor e as concepções;

Eixos de luta:

- Propor parceria com os secretários municipais de cultura e educação, na valorização e produção da qualidade de vida e cidadania;
- Tratar as palavras “manicômio”, “hospício” e “hospital psiquiátrico” como sinônimos, não as admitindo com designação de lugar de tratamento especializado. (Relatório III, 1997, p. 09).

3- A construção do protagonismo: a intersectorialidade e as redes socioculturais;

Eixos de luta:

- Divulgar os trabalhos artísticos de usuários em saúde mental;
- Estimular a criação de Oficinas Culturais nos serviços de saúde mental;
- Estimular a participação e produção cultural dos usuários dos serviços substitutivos de saúde mental;
- Evitar carimbos discriminatórios em carteirinhas para transporte gratuito;
- Estimular os serviços de saúde mental a realizarem parcerias entre si e demais serviços comunitários, no sentido de possibilitar o acesso dos usuários em oficinas de seu interesse;
- Sensibilizar parlamentares e instituições governamentais para criarem projetos que possibilitem às pessoas desenvolverem suas potencialidades (cursos profissionalizantes, oficinas de arte, esportes, etc);
- Solicitar ao Ministério da Educação que inclua matéria sobre saúde mental na rede de ensino de I e II graus;
- Propiciar avaliação de programas culturais já realizados;
- Buscar informações sobre a Lei de Incentivo à Cultura para usufruirmos dela (Relatório III, 1997, p. 10).

4- O intercâmbio e a formação como estratégias de mudanças culturais;

Eixos de luta:

- Criar espaços para troca de experiências com outros estados;
- Criar nos núcleos locais Centros de Documentação e Informações com livros, vídeos, revistas e acervo cultural;
- Sugerir às Universidades a inserção do tema “Abordagem antimanicomial em Saúde Mental”, modificando o currículo de

futuros profissionais em saúde mental, com participação de usuários e familiares no debate;

- Recomendar aos Conselhos Municipais de Saúde o zelo no sentido de propiciar capacitação em Saúde Mental aberta a trabalhadores de saúde em geral, da educação, polícia militar e representantes de categorias profissionais. (Relatório III, 1997, p. 10-11)

5- O movimento nos meios de comunicação.

Eixos de luta:

- Promover ampla divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários e Familiares;
- Divulgar os eventos à sociedade;
- Criar comissões que promovam rotineiramente a ocupação dos espaços de comunicação, divulgando os eventos do Movimento;
- Divulgar trabalhos que mudem a imagem estereotipada da loucura, através dos meios de comunicação;
- Estimular ocupação nos espaços na programação da TV comunitária à cabo, nas cidades onde este sistema já esteja implantado. (Relatório III, 1997, p. 11).

No tema central “Cultura: a construção do sujeito ético-estético” discute-se os referenciais da cultura antimanicomial, sua construção de valores e concepções e a articulação de estratégias que promovam mudanças neste sentido. Para reafirmar a autonomia do Movimento, garantindo poder e decisão aos militantes quanto aos rumos da luta antimanicomial, busca-se evitar vínculos diretos com quaisquer instituições. Outro tema recorrente, em relação aos demais relatórios, trata do uso da arte como instrumento promotor de saúde e comunicação na luta antimanicomial. Algumas ações como: divulgar os trabalhos artísticos dos usuários, estimular a criação de oficinas culturais, promover a participação e produção cultural destes, fazem parte dos eixos de luta deste tema. Para desmistificar a cultura manicomial sugere-se tratar como sinônimo as palavras “manicômio”, “hospício” e “hospital psiquiátrico”, considerados como os suportes materiais do dispositivo psiquiátrico. Além disso, propõe-se que tais dispositivos não sejam reconhecidos como lugar de tratamento especializado.

Ainda no tocante à promoção de mudanças culturais, o Movimento utiliza estratégias discursivas como, por exemplo, quando propõe sugerir às Universidades a inserção do tema “abordagem antimanicomial em saúde mental” em suas grades curriculares. Pretende com esta ação modificar a formação dos futuros profissionais em

saúde mental. O alvo a ser atingido neste caso é a educação dos profissionais desta área para que se fundamentem suas práticas em princípios antimanicomial. A questão da intersetorialidade se apresenta como mais uma recorrência dos discursos do Movimento e este relatório focaliza a necessidade em reformular concepções em saúde mental nas diversas áreas do conhecimento. Isto significa que, além da atuação em saúde mental, a luta antimanicomial preocupa-se também com a formação de outros profissionais como os educadores e os policiais militares, por exemplo, estendendo para a reformulação da concepção sobre a loucura na sociedade em geral. Os meios de comunicação são alvos almejados pela Luta Antimanicomial para atingir o objetivo de divulgar as idéias e ações do Movimento, com o intuito de re-significar socialmente o olhar sobre o fenômeno da loucura. Esta questão também abordada no 2º Encontro Nacional assinala a ênfase em estender para toda a sociedade, através da mídia, as discussões sobre a loucura e a edificação de uma sociedade sem manicômios.

Tema Central III: Trabalho: a construção da auto-gestão²².

Eixos de luta:

- Estimular a formação de redes de cooperativas, estabelecendo uma real possibilidade de inserção, comercialização do produto e de enfrentamento possível à globalização;
- Criar estruturas de trabalho (bolsas de trabalho, associações, cooperativas, etc) que respeitem as singularidades e viabilizem a inserção no mercado de trabalho;
- Criar um fórum específico de articulação dentro do Movimento sobre as questões relativas ao trabalho, estabelecendo uma rede de relações entre os núcleos;
- Estabelecer maior articulação e aproximação com a saúde do trabalhador;
- Constituir um grupo de estudos em parceria com o Direito, que trate da Legislação Trabalhista;
- Realizar um Seminário Nacional para discutir empresa social como forma de aprofundar a discussão sobre o trabalho;
- Propor maior articulação do Movimento com os Conselhos e Conferências da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescentes, da Mulher, da Saúde e demais políticas públicas sociais;
- Procurar interlocução com os Conselhos de Assistência Social, Secretarias de Assistência Social no sentido de estabelecer ações conjuntas para a aprovação do Projeto das Cooperativas Sociais do deputado Paulo Delgado;

²² Esta temática central não possui sub-temas.

- Lutar pela modificação da concessão do Benefício de Prestação Continuada no sentido de separar esta concessão da interdição civil do usuário, e pela exclusão dos hospitais psiquiátricos como referenciais para a emissão destes laudos, visto que, da maneira como estão sendo encaminhados observa-se o aumento das curatelas e da tendência à cronificação;
- Propor a indenização dos usuários, nos erros cometidos pela União no tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. (Relatório III, 1997, p. 12).

Este terceiro tema central trata do trabalho e da construção da auto-gestão. A partir destas discussões o Movimento assume uma postura crítica frente ao projeto neoliberal e a globalização da economia, considerando como práticas que acentuam a exclusão no mercado de trabalho. O trabalho é visto como um instrumento que propicia a construção da cidadania e a inserção social, servindo como referencial importante no enfrentamento da loucura. Para tanto, as cooperativas serviriam como estratégias eficazes na produção de bens de consumo, intensificando as relações sociais e promovendo a inclusão. Grande parte das propostas apresentadas nos eixos de luta desta temática evidencia novamente a influência de Baságlia nas práticas do Movimento, uma vez que este autor deu ênfase na inserção social através da atividade produtiva. Além disso, os discursos apresentam interesse em estabelecer parcerias com o Direito para discutir a legislação trabalhista e atuar junto a instituições envolvidas com políticas públicas sociais: Conselhos e Conferências da Assistência Social, dos Direitos das Crianças e Adolescentes, da Mulher, da Saúde, Secretarias de Assistência Social, etc. A luta pela indenização dos usuários devido a maus tratos e erros de tratamento nos hospitais psiquiátricos aparece como uma questão recorrente por já ter sido discutida no 1º e 2º Encontros Nacionais. Na luta pela aprovação do Projeto das Cooperativas Sociais do deputado Paulo Delgado, os representantes do Movimento procuram estabelecer ações conjuntas e interlocução com os Conselhos de Assistência Social e Secretarias de Assistência Social.

Tema central IV: Formação e capacitação: a construção dos saberes²³.

Eixos de luta:

²³ Este eixo temático central não possui sub-temas.

- Articular projetos de formação com várias entidades: conselhos profissionais, associações, sindicatos e conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional;
- Promover formação voltada para usuários, familiares e técnicos conforme o nível de informação, de entendimento e área de interesse de cada um;
- Buscar a mídia como recurso de formação referenciada aos princípios da Luta antimanicomial;
- Promover discussões permanentes a respeito do entendimento acerca da loucura, subjacente aos discursos e práticas antimanicomiais;
- Promover capacitação política para efetivar a participação de familiares, usuários e demais atores sociais nas diversas instâncias de controle social;
- Propiciar a discussão sobre os sistemas de diagnósticos psiquiátricos, evidenciando o seu caráter objetivizante e reducionista, visando constituir interpretações mais ampliadas do transtorno mental;
- Enviar às universidades documentos produzidos pelo Movimento;
- Abrir canais de participação junto ao meio estudantil através de eventos, reuniões, plenárias, encontros, cursos, etc;
- Criar mais espaços de troca entre comunidade e os serviços de saúde mental;
- Articular com as instâncias competentes no sentido de criar espaços de formação no campo da gerência e planejamento de políticas públicas de saúde mental;
- Propor às agências formadoras e secretarias de saúde a constituição de espaços de formação de agentes de saúde mental (acompanhantes terapêuticos), envolvendo trabalhadores e comunidade;
- Trabalhar na direção de incorporar os centros de formação de professores e educadores em geral ao Movimento;
- Promover o encontro dos trabalhadores de ensino e pesquisa em saúde mental de forma articulada ao Movimento;
- Criar espaços para a socialização das produções científicas que fundamentam as práticas antimanicomiais”. (Relatório III, 1997, p. 15-16).

O tema “Formação e capacitação: a construção dos saberes” reafirma a preocupação do Movimento em mudar conceitos e práticas sobre saúde mental. Para isto a luta se constituiu diretamente com as instituições ligadas à educação, conceituando “formação profissional” da seguinte maneira: *“A formação é um processo educativo que aponta para a constituição de atores sociais que implementem ações coerentes com os princípios do Movimento de Luta Antimanicomial”* (Relatório III, p. 14). Para que este processo aconteça busca-se vinculação com instituições como: Universidades e demais instituições formadoras, Secretarias da Saúde, instâncias ligadas às Políticas Públicas de Saúde Mental, Conselhos Profissionais, Associações, Sindicatos e Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional. Os eixos de luta não se restringem apenas aos profissionais

da área da saúde mental, mas se estendem para usuários, familiares, educadores e pesquisadores, comunidade em geral, alunos do ensino médio, considerando o nível de informação e a área de interesse de cada um. Com o intuito de levar os princípios antimanicomiais para toda a sociedade, busca-se utilizar a mídia como um recurso educativo através do qual poder-se-ia promover discussões sobre o entendimento da loucura, paralelamente aos discursos e práticas antimanicomiais (aspecto recorrente nos demais relatórios).

Ao questionar o dispositivo psiquiátrico, apresenta-se uma crítica ao discurso médico, colocando em discussão os sistemas diagnósticos psiquiátricos considerados objetivizantes e reducionistas. O Movimento pretende construir interpretações mais ampliadas sobre o transtorno mental, propondo para isto a socialização de produções científicas que fundamentam as práticas antimanicomiais, articulando para isso encontros dos trabalhadores de ensino e pesquisa em saúde mental. A discussão sobre *intersectorialidade* evidencia-se novamente a partir desta temática, buscando promover um processo de formação ampliado que contemple os diversos saberes coerentes com a luta antimanicomial.

Tema central V: Atenção às crianças e aos adolescentes: a constituição do sujeito do desejo. (sem sub-temas)²⁴.

Eixos de luta:

- Pressionar os municípios a priorizarem a atenção integral à criança e ao adolescentes;
- Lutar pela implantação de uma política de atenção integral a crianças e adolescentes, que através de ações intersetoriais (saúde mental, educação, assistência social, cultura, esportes) crie uma rede integrada de serviços guiados pela lógica antimanicomial, não excludente;
- Estimular a criação de Fóruns de discussões , envolvendo todos os serviços e movimentos sociais que lidam com a atenção à criança e adolescente para definição de políticas e de ações em saúde mental;
- Reivindicar a capacitação de pessoas em todas as áreas envolvidas na atenção da criança e do adolescente;
- Oferecer atendimento de apoio aos filhos de usuários dos serviços de saúde mental, visando seu crescimento e desenvolvimento saudável;

²⁴ Sem sub-temas.

- Implementar discussões sobre o entendimento de que as crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico são confundidas como sendo e tendo necessidades iguais aos deficientes mentais;
- Pressionar para que nos orçamentos municipais seja assegurado o financiamento para os programas de atenção à criança e adolescente mediante a fiscalização do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente;
- Disponibilizar os espaços comunitários de expressão e socialização que envolvam diversos setores destinados à criança e adolescente (oficinas de arte, quadras de esportes, teatro);
- Trabalhar para assegurar que em todos os Conselhos Municipais de Saúde sejam criados Comissões de Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica);
- Lutar pela extinção dos leitos psiquiátricos destinados à criança e adolescente. (Relatório III, 1997, p. 17-18).

Este tema aborda a necessidade de criar uma política nacional em saúde mental da infância e da adolescência em suas interfaces: educação, lazer e cultura. Observando todos os relatórios referentes aos cinco encontros nacionais, percebe-se que pela primeira vez as discussões da luta antimanicomial se estendem às crianças e adolescentes, especificamente. Através de ações intersetoriais (saúde mental, educação, assistência social, cultura, esportes) pretende-se construir uma rede integrada de serviços coerentes com a lógica antimanicomial, reivindicando a capacitação de profissionais para atuar especificamente com este público alvo. Busca-se desfazer a confusão sobre o entendimento das necessidades de crianças e adolescentes que vivenciam o fenômeno da ‘loucura’ em relação àquelas que sofrem a deficiência mental.

Além da atenção às crianças e adolescentes que precisam de acompanhamento profissional, pretende-se oferecer atendimento e apoio aos filhos dos usuários dos serviços em saúde mental, para que tenham um crescimento e desenvolvimento saudável. A arte e o esporte são considerados novamente como instrumentos para expressão e socialização. As instituições envolvidas com o Movimento na promoção de saúde mental em crianças e adolescentes são: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente e Conselhos Municipais de Saúde.

Tema central VI: Atenção ao adulto: desconstruindo manicômios, instituindo uma rede de serviços substitutivos.

Sub-temas:

1- Reafirmando princípios:

Eixos de luta:

- Lutar para que sejam proibidas as formas de tortura e violência pretensamente terapêuticas de acordo com os princípios contidos na Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares;
- Empenhar esforços para que seja exigida uma assistência em consonância com os princípios defendidos pelo Movimento Antimanicomial de todos os serviços substitutivos, tanto públicos, quanto contratados pelo SUS;
- Reafirmar a proposta do Movimento de “Extinção já dos manicômios”;
- Desmistificar a cultura da internação como resposta prioritária e única;
- Incentivar a criação de novas Associações de Usuários e Familiares, priorizando a coordenação pelos mesmos, fortalecer as já existentes e dar suporte para que participem de movimentos sociais, culturais e políticos. (Relatório III, 1997, p. 19).

2- Em defesa do SUS:

Eixos de luta:

- Lutar pela construção e consolidação do SUS em todos os níveis, buscando garantir, através de sua intervenção, a existência de serviços públicos substitutivos;
- Incentivar a criação de uma Comissão de Saúde Mental nos Conselhos de Saúde, ocupando este espaço para defender o SUS e os princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como, mobilizar a comunidade para a criação de serviços substitutivos garantida por Lei Municipal;
- Elaborar uma carta dirigida aos Conselhos de Saúde, nos 3 níveis, sobre os princípios éticos e assistenciais defendidos pelo Movimento, contidos na Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares”. (Relatório III, 1997, p. 19)

3- A rede de serviços substitutivos:

Eixos de luta:

- Empenhar esforços para que os municípios gerenciem uma rede de serviços de acordo com os princípios antimanicomiais e que garantam financiamento através de lei;
- Lutar para que o modelo assistencial de cada município garanta atendimento por 24 h incluindo assistência odontológica, visita domiciliar e acompanhamento terapêutico, de acordo com as necessidades de cada pessoa;

- Propor que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas ocorra em serviços abertos e de atenção diária, assim como, que a internação, quando necessária, seja em hospital geral;
- Criar mecanismos de avaliação da qualidade da assistência prestada pelos serviços substitutivos”. (Relatório III, 1997, p. 19-20)

4- Espaço para formação;

Eixos de luta:

- Estimular que os serviços substitutivos abram campo para estágios, dada a necessidade e importância da formação dos trabalhadores para sustentar o projeto proposto pela Luta antimanicomial;
- Lutar para que os estagiários e voluntários dos serviços substitutivos não sejam utilizados como mão de obra substituta de funcionários contratados. (Relatório III, 1997, p. 20).

5- A rede social

Eixos de luta:

- Procurar garantir que as políticas de saúde mental sejam realizadas em interface com outros setores da gestão pública, tais como desenvolvimento social, educação e outros;
- Estabelecer interlocução e parcerias com instituições que atendem a população de rua, buscando tanto efetivar sua inclusão nos serviços de saúde, quanto superar a lógica manicomial adotada pelas instituições de assistência social;
- Procurar que os serviços substitutivos promovam a criação de redes sociais de cuidados e a inserção dos usuários na sociedade;
- Propor que a COAHAB e/ou órgãos responsáveis pela política habitacional priorizem unidades habitacionais para usuários dos serviços de saúde mental;
- Lutar para que o Ministério de Saúde crie portarias que garantam o financiamento de lares abrigados, pensões protegidas e outras formas de desospitalização dos moradores das instituições psiquiátricas;
- Empenhar esforços pra a efetivação do PAD (Programa de Apoio à Desospitalização);
- Intervir para que a resolução sobre a moradia de usuários que residem em hospitais psiquiátricos leve em conta o nível de autonomia dos mesmos;
- Procurar garantir que cada alta de usuário morador seja acompanhada de procedimentos que repassem o valor da AIH-psiquiátrica para os serviços substitutivos e do fechamento dos leitos nos hospitais psiquiátricos. (Relatório III, 1997, p. 20).

6- Desativação dos hospitais psiquiátricos;

Eixos de luta:

- Lutar para que os recursos das internações psiquiátricas sejam reorientados para a implantação dos serviços substitutivos de saúde mental;

- Procurar garantir que o processo de desativação dos leitos psiquiátricos seja realizado obedecendo o critério de primeiro fechar os privados, depois os públicos;
- Procurar que os hospitais psiquiátricos tenham, no máximo, 250 leitos, enquanto não sejam extintos;
- Realizar um censo da população internada, a fim de conhecer quais os locais que mais internam, a procedência domiciliar desses usuários, os gastos com tais internações, para o planejamento das políticas locais de saúde mental e para que os municípios se responsabilizem pela assistência a seus usuários;
- Trabalhar para que seja proibida a reconstrução de hospitais descredenciados para tratar pessoas ditas fora de possibilidade terapêutica. (Relatório III, 1997, p. 20-21).

7- O lugar da medicação psicotrópica

Eixos de luta:

- *Propor que o Ministério da Saúde ofereça medicamentos básicos em saúde mental em cota adequada e, se possível, de última geração;*
- *Encaminhar ao Ministério da Saúde uma campanha elucidativa sobre o uso de psicofármacos;*
- *Lutar para a garantia de que a medicação psicotrópica não seja a única forma terapêutica.* (Relatório III, 1997, p. 21).

Este último tema do relatório III “Atenção ao Adulto” não apresenta propostas totalmente inéditas e vem no sentido de reafirmar alguns princípios e eixos de luta que já foram apresentados nos relatórios anteriores. Marca-se novamente a luta do Movimento pela extinção dos manicômios para desmistificar a internação psiquiátrica como único tipo de resposta ao sofrimento psíquico, reivindicando o fim das torturas e violências que levam a designação de tratamento terapêutico. Mais uma vez busca-se reafirmar um tipo de intervenção coerente com os princípios antimanicomiais, acessível a todas as pessoas, independente de sua classe social. O sub-tema “Em defesa do SUS” enfatiza esta questão, lutando por serviços públicos substitutivos, assegurando uma assistência pautada nos princípios éticos do Movimento²⁵. Discute-se mais uma vez sobre a formação dos futuros profissionais da saúde mental, com um diferencial: o de estimular a abertura de campo de estágio nos serviços substitutivos para que se sustente o projeto proposto pela luta antimanicomial. Alerta-se para que os estagiários não sejam utilizados como mão de obra substituta aos profissionais contratados.

²⁵ Neste momento da história do Movimento, ano de 1997, já tem assegurado por Lei Municipal a criação de intervenções que substituam as ações dos hospitais psiquiátricos.

O tema da intersetorialidade aparece novamente nos eixos de luta trazendo propostas de políticas de saúde mental em interface com outros setores da gestão pública: desenvolvimento social, educação, etc. Reivindica-se junto ao Ministério da Saúde a concretização de uma política habitacional que se caracterizaria como forma de desospitalização. Este esquema serviria para que os usuários residentes dos hospitais psiquiátricos conquistassem sua independência institucional e inserção social. Para que o projeto seja implantado adequadamente, esta ação pretende atentar às condições particulares e o nível de autonomia dos ex-pacientes.

4.4.1- Síntese das propostas do 3º Encontro Nacional e reconhecimento dos enunciados

Estas informações contempladas neste relatório referente ao 3º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial merecem observações, comentários e demarcação de enunciados. O tema central “Legislação e Cidadania” apresenta uma questão recorrente em relação ao relatório II: a revisão do Código Penal. O questionamento se refere aos termos “*periculosidade*”²⁶, “*inimputabilidade*” e “*loucos de todo gênero*” considerados aqui como enunciados que, no sob o olhar do Movimento, restringem a responsabilidade dos usuários pelos seus atos. Além dos enunciados, o mesmo relatório apresenta também dois conceitos no tema central “Trabalho: a construção da auto-gestão”. Um deles se refere ao olhar crítico do Movimento em relação ao sistema capitalista:

O Movimento considera que o atual contexto histórico do capitalismo é de acirramento das diferenças e de acentuação da exclusão das pessoas do mercado de trabalho. A implantação do projeto neo-liberal, com a globalização da economia, restringe e retira cada vez mais os direitos sociais da população, tirando desta a dignidade e a possibilidade de construção de sua existência como humanos com necessidades e desejos realizados (Relatório III, 1997, p. 12).

A principal crítica está na falta de oportunidades para a inserção no mercado de trabalho, o que se agrava no caso dos sujeitos que vivem sob o estigma da ‘loucura’ por serem comumente considerados incapazes de realizar atividades produtivas. Na perspectiva do Movimento (.) o projeto neoliberal acentua este esquema de exclusão e por isso as temáticas sobre trabalho passam a ser bastante debatidas nos Encontros Nacionais, aparecendo nos relatórios analisados até então. Apresenta uma perspectiva característica das

²⁶ Este enunciado também aparece no relatório do 2º Encontro Nacional, conforme comentado anteriormente.

práticas e saberes do Movimento em relação a sua atuação na sociedade, através do seguinte conceito:

O trabalho é construtor de cidadania, um instrumento de inserção social e um direito capaz de viabilizar outros direitos na vida (idem, p. 12).

Desta maneira, estar atuante no mercado de trabalho, pressupõe a viabilidade dos “loucos” conquistarem seu espaço dentro da sociedade tendo por consequência seus direitos respeitados. A proposta para que isto seja possível se dá através da implantação de cooperativas, que segundo o Movimento, propõe a geração de cultura e bens de uma maneira coletiva. De qualquer modo, ambos os conceitos evidenciam a postura crítica do Movimento, acentuando a tendência teórico-prática fundada na matriz materialista-histórico-dialética, influência trazida por Baságlia²⁷.

Neste relatório ao questionar o manicômio, hospício e hospital psiquiátrico (tratados como sinônimos) como local de tratamento especializado, o que se propõe é o deslocamento de tais práticas para o tipo de assistência pautado nos princípios antimanicomiais. O Movimento utiliza uma estratégia discursiva ao sugerir que as Universidades insiram em suas grades curriculares o tema “Abordagem Antimanicomial em Saúde Mental”, pretendendo transformar determinados conceitos da área, questionando os saberes tradicionais da psiquiatria.

No sub-tema “direitos sociais” referente à primeira temática central: “Legislação e Cidadania”, os discursos enfatizam a adequação da legislação da aposentadoria e auxílio desemprego às necessidades singulares dos usuários devendo considerar a menor condição de competitividade dos mesmos. Tais discursos de alguma maneira caracterizam os usuários como sujeitos que possuem limitações para competir no mercado de trabalho, propondo que a legislação trabalhista seja reformulada considerando isto. Estas colocações correm o risco de marcar um tipo de estigma, o de que os “loucos” não podem competir no mercado formal como os demais sujeitos. Deve-se considerar evidentemente que um sujeito

²⁷ Este autor afirma que a problemática da loucura é uma questão política que envolve significativamente o problema da produtividade e das relações de trabalho. Acredita que a opressão das classes operárias, resultado de uma sociedade capitalista que foca apenas a produtividade, gera a insuportabilidade da vida social desencadeando em diversos casos, aquilo que se caracteriza como o fenômeno da loucura.

em surto está sob uma série de restrições, ao menos temporárias, mas caracterizar a loucura como espécie de limitação (para o mercado de trabalho neste caso) pode se configurar em um estigma. É preciso atentar para colocações como esta, principalmente tratando-se de um movimento social que luta contra a exclusão e a estigmatização.

4.5- IV Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil

O 4º Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial aconteceu de 22 a 26 de setembro de 1999, em Paripueira-AL, exatamente dois anos depois do 3º Encontro. O tema central tratado foi “As Novas Formas de Produção de Sentido”, abordado em mesas redondas e grupos de trabalho através dos seguintes eixos temáticos específicos: “Serviços Residenciais: um habitat da cidade”, “Cooperativas Sociais: reconstruindo o direito ao trabalho”, e “Práticas Assistenciais e Financiamento: redirecionando os recursos”. Houve ainda um outro eixo temático específico, que por não ter sido debatido em grupo (,) acabou não sendo apresentado neste relatório: “Sujeito, Estado e Cidades”. Representantes de 16 Estados brasileiros estiveram presentes neste encontro constituindo o número de em média 1000 delegados, sendo entre estes, usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental. Os Estados participantes foram: Pará, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Tocantins, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Rio Grande do Sul; o que totalizou a presença das cinco regiões brasileiras. Além do evento realizado na cidade de Paripueira, este relatório se refere a uma plenária nacional que aconteceu no Rio de Janeiro-RJ em 11 e 12 de dezembro de 1999, devido ao 4º Encontro ter ficado inconcluso na plenária final. Este Encontro Nacional, bem como os anteriores, apresenta o intuito de dar sustentação política e organizativa ao Movimento, tendo como princípios a luta por uma sociedade sem exclusão que garanta os direitos e a dignidade da *pessoa humana*.

O primeiro eixo temático específico desenvolvido “Serviços Residenciais: um habitat da cidade”, discute a importância e os significados da habitação na vida dos sujeitos, colocando os seguintes comentários sobre o significado de “casa”:

1- Casa como espaço essencial da existência do sujeito.

2- Espaço privilegiado de vida, onde cada indivíduo possa expressar sua singularidade, sua história, seu universo cultural, seu modo de ver o mundo.

3- Cenário de experiências em nível emocional, social e material (Relatório IV, 1999, p. 08).

Este eixo temático apresenta os seguintes eixos de luta:

Eixo temático: Serviços Residenciais

Eixos de luta:

- Que sejam criadas moradias transitórias para se trabalhar a autonomia do usuário;
- Os programas de moradias devem ser implantados fora das unidades hospitalares e também não devem ser a estas vinculados, mas sim a serviços substitutivos, rompendo-se de fato com a lógica manicomial, visando-se a autonomia plena;
- Os núcleos da luta antimanicomial devem se inserir no movimento de moradia, disputando políticas públicas habitacionais para efetivar o direito de moradia dos usuários de saúde mental e demais excluídos;
- Deve haver a transformação das AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), reorientando-se os recursos financeiros destinados às internações hospitalares para o financiamento dos serviços residenciais terapêuticos e demais serviços substitutivos;
- As moradias, serviços residenciais terapêuticos, devem ser financiados pelo poder público e ter toda infra-estrutura necessária, oferecendo condições dignas de habitação, respeito e garantindo os direitos de cidadania os moradores;
- Os usuários da moradia devem ter uma relação aberta com a comunidade;
- O serviço residencial tem de ser promotor de cidadania e ser moradia e não um serviço de saúde;
- O serviço residencial terapêutico deve ser um lugar onde possamos recriar nossa existência, devendo ser um referencial de cidadania, um 'lugar humano';
- A casa deve ter o sentido dos que nela vão morar;
- A cada deve ter lazer, aconchego e trabalho;
- A moradia tem de ser criada de acordo com as peculiaridades de cada região;
- Os recursos dos hospitais psiquiátricos devem ser repassados para custearem as casas lares;
- A moradia deve ter retaguarda da rede de serviços de atenção à saúde mental e estar integrada a esta rede;
- É fundamental que as moradias possam contemplar os processos de acolhimento, vínculo, trocas sociais e comunitárias, propiciando a produção de autonomia e a participação dos moradores na gestão cotidiana e em projetos das mesmas;
- Devem ser criados serviços com instalações e abordagens adequadas aos princípios de desinstitucionalização e de autonomia dos moradores integrados à comunidade e aos projetos de trabalho, saúde, lazer e suporte social;
- Deve-se garantir a autogestão dos lares pelos moradores;
- Deve conceder autonomia para os lares;
- Criação de serviços residenciais de vários tipos, adequados aos diversos níveis de autonomia e dependência dos moradores, tais

como: lares abrigados, pensões protegidas, moradias independentes, alugueis subsidiados;

- Os lares devem ser construídos enquanto rede integrada;
- Os lares devem ser construídos de acordo com a realidade do grupo morador;
- Que o serviço residencial seja de boa qualidade;
- Criação de programa' de formação de agentes terapêuticos (usuários, familiares, amigos e profissionais) para atuarem juntos aos serviços residenciais;
- No processo de financiamento, de destinação dos recursos aos serviços residenciais, deve-se retomar a lógica do PAD (Programa de Apoio à Desospitalização) ou seja, metade do recuso destinado ao usuário e ao outra metade do recurso destinado ao gestor público, preferencialmente municipal ou consórcio de municípios, respeitando-se os mecanismos de controle social;
- Garantir que a utilização de benefícios financeiros do tipo 'continuado' não implique em atentado à cidadania, por meio de sua vinculação à interdição (tutela ou curatela) ou à manutenção de internação psiquiátrica prolongada;
- Lutar pela aprovação, pelo Ministério da Saúde, da portaria que regulamenta os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental;
- Priorizar os serviços residenciais como formas estratégicas da Reforma Psiquiátrica;
- Garantir mecanismos de participação dos usuários, futuros moradores, nos projetos de construção de seus lares; por meio de uma comissão paritária (50% usuários, 25% familiares e 25% técnicos) desse projeto; os moradores devem poder contar com subsídios a serem obtidos por meio do estabelecimento de possíveis parcerias intersetoriais: saúde, assistência social, habitação e associações de usuários e familiares, ampliando-se assim os recursos transferidos dos hospitais psiquiátricos. (Relatório IV, 1999, p. 08, 09, 10 e 11).

Contando com a colaboração do poder público, o interesse em construir moradias transitórias para os usuários dos serviços vem com o intuito de propiciar autonomia aos mesmos, visto que estaria sob sua responsabilidade o autogerenciamento destes lares. Para que se rompa com a lógica manicomial, a implantação de tais programas de moradias aconteceria fora das unidades hospitalares; não vinculados aos hospitais psiquiátricos estariam atrelados aos serviços substitutivos. Para a concretização deste projeto o Movimento Antimanicomial conta com o Ministério da Saúde e com possíveis parcerias intersetoriais: saúde, assistência social, habitação e associações de usuários e familiares; contando com estes para lutar pela ampliação dos recursos transferidos dos hospitais psiquiátricos.

O relatório aponta a importância de que o programa residencial sirva como moradia e não como serviço de saúde. No entanto, o programa residencial fica a atrelado à rede

substitutiva, vinculando-se de alguma maneira à mesma, que é um serviço de saúde. A visibilidade desta questão se dá também pela implantação do “programa de formação de agentes terapêuticos” que atuam junto às moradias, constituído por usuários, familiares, amigos e profissionais. Apesar disso, o argumento está em garantir a autogestão dos moradores, o que levaria a uma ruptura com a lógica paternalista das instituições psiquiátricas, resultando na construção de uma reforma respaldada pelos princípios antimanicomiais.

O seguinte eixo temático deste relatório trata das “Cooperativas Sociais: reconstruindo o direito ao trabalho”. Respeitando as singularidades dos sujeitos, o trabalho serviria como um instrumento garantidor da autonomia e emancipação dos mesmos. Coloca-se a importância em não caracterizar as cooperativas como oficinas terapêuticas, reafirmando a autonomia destas em relação aos serviços de assistência à saúde. Tais ações se constituem como estratégias de inserção dos usuários no mercado de trabalho, o que garantiria o exercício da cidadania e a desconstrução dos estigmas comuns à ‘loucura’. Para tanto, as propostas apresentadas como eixos de luta são as seguintes:

Eixo temático: Cooperativas Sociais

Eixos de luta:

- Divulgar amplamente para todos os núcleos do Movimento a Lei nº 9.867, de 10/11/99, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, estimulando-se a discussão dos vetos feitos à Lei pela Presidência da República;
- Estabelecer parcerias entre Organizações Não-governamentais/ONG e Serviços Públicos na implantação de Cooperativas Sociais;
- Revalorizar recursos ‘adormecidos’, passíveis de serem reativados e utilizados nas Cooperativas;
- Viabilizar economicamente os projetos de Cooperativas Sociais, estabelecendo uma relação com o mercado;
- Estabelecer bases contratuais que explicitem a distribuição do dinheiro nas Cooperativas;
- Proporcionar a formação profissional dos cooperativados;
- Incorporar nas Cooperativas Sociais o segmento dos aposentados; (prestar amplo esclarecimento aos usuários aposentados por invalidez sobre seu direito de participar das Cooperativas Sociais sem que isso acarrete a perda do benefício);
- Realizar um Encontro Nacional específico sobre o tema, Trabalho, com indicativo de que seja realizado em Campinas, sendo precedido pela divulgação de documentos que veiculem experiências de Cooperativas já implantadas;
- Resgatar leis e/ou documentos que tratem de proteção a minorias desfavorecidas diante do mercado formal de trabalho;

- Aprofundar nos Estados a discussão sobre trabalho, a partir de experiências Governamentais ou Não-governamentais de cooperativas, com vistas a referendar ou não práticas já desenvolvidas;
- Discutir com parlamentares, nos níveis estadual e municipal, para sensibilizá-los quanto à Luta Antimanicomial e fundamentá-los com vistas à elaboração de Legislações específicas sobre cooperativas sociais nestes dois níveis de governo;
- Formar Fóruns ampliados para a discussão e sistematização do tema das Cooperativas Sociais;
- Criar cooperativas sociais por meio das quais usuários cooperativados possam prestar serviços ao CAPS/NAPS;
- Estabelecer estratégias de constituição de projetos de Cooperativas Sociais que incorporem subsídios de projetos de cooperativas dos trabalhadores em geral (p. ex., projeto incubadora da USP, Unitrabalho, etc);
- Discutir a viabilidade de reinserção do usuário de Saúde Mental no mercado formal de trabalho, na mesma área para a qual tem qualificação específica;
- Privilegiar a área de serviços (limpeza de caixa d'água, reciclagem de lixo, conservação de praças, etc) na constituição dos projetos de cooperativas sociais, como forma de ampliação de mercado junto à iniciativa privada;
- As cooperativas sociais devem contribuir para que seja desfeita a associação preconceituosa que vincula doença mental com invalidez para o trabalho;
- Propor uma lei que garanta a fiscalização das Cooperativas Sociais;
- Garantir a integração entre as cooperativas já existentes, possibilitando as trocas de experiências;
- Administrar educação continuada aos cooperativados, com vistas a desenvolver suas habilidades, permitindo-lhes uma maior competitividade no mercado de trabalho, respeitando-se as regras do cooperativismo;
- Paralelamente à legislação específica das Cooperativas Sociais, deverá haver um controle social das mesmas por meio da criação de comissões de ética. Ao nível dos municípios devem ser estabelecidas parcerias entre projetos de Cooperativas Sociais e Secretaria de Ação Social, Sebrae, etc;
- Discutir a questão do Trabalho no âmbito do movimento de forma mais ampla, no sentido da garantia do direito ao trabalho para todos os cidadãos, não se restringindo somente ao tema das cooperativas sociais;
- Repudiar as iniciativas governamentais que lancem mão do sistema de cooperativa como forma de se desobrigar dos encargos sociais na contratação de recursos humanos (Relatório IV, 1999, p. 12, 13 e 14).

Este eixo temático propõe como questão central, desfazer a relação entre doença mental e invalidez para o trabalho e contribui no sentido de re-inserir o 'louco' à sociedade através da atividade produtiva. O Movimento inspira-se em experiências governamentais e não-governamentais de cooperativas, construindo a partir disso sua própria forma de organização e de desenvolvimento interno e externo. Pretende, assim, estabelecer bases

contratuais para a distribuição do dinheiro entre os cooperativados, proporcionar sua formação profissional, buscar ampliar o mercado através de iniciativas privadas e garantir a integração com cooperativas já existentes possibilitando troca de experiências. Demonstra buscar o apoio legal na medida em que discute os vetos feitos pela Presidência da República à Lei nº 9.867, de 10/11/99 que dispõe sobre a criação e funcionamento de Cooperativas Sociais. Pretende resgatar leis e documentos referentes à proteção das *minorias desfavorecidas* frente ao mercado formal de trabalho. Para a concretização destes projetos, o Movimento Antimanicomial conta com a parceria de outras Cooperativas Sociais, Secretaria de Ação Social, iniciativas privadas e Sebrae.

O terceiro e último eixo temático desenvolvido neste relatório refere-se às “Práticas assistenciais e financiamento: redirecionando os recursos”. A discussão produzida a partir desta temática leva os representantes do Movimento Antimanicomial a constatar que 95% das verbas do Ministério da Saúde vão para os hospitais psiquiátricos. Busca-se então visualizar o montante geral de recursos da União, com o objetivo de identificar o que poderia ser destinado à Saúde Mental. O debate apresenta os seguintes dados:

Quando se verifica que é de R\$ 90,9 bilhões para o ano de 1999 a dotação orçamentária de Encargos Financeiros da União/EFU - para pagamento de juros e amortização da dívida interna e externa – observa-se que este valor é 180 vezes maior que a dotação para ações de serviços de saúde destinados à assistência médico-hospitalar e ambulatorial aos portadores de transtornos mentais (saúde mental). Isso significa que seriam necessários 180 anos de orçamento anual da Saúde Mental para totalizar um ano de orçamento de EFU. Ou seja, significa que dois dias de EFU equivalem a um ano de dotação para a Saúde Mental (Relatório IV, 1999, p. 15).

Estes dados proporcionam a conclusão de que em média os 20.000 pacientes crônicos que ocupam os hospitais psiquiátricos no Brasil poderiam receber com esta verba, 2.750 salários mínimos cada um deles por mês²⁸. Em vista destas questões, o Movimento Antimanicomial se propõe a acompanhar freqüentemente o processo orçamentário da União (desde a formulação da proposta pelo Executivo à tramitação no Legislativo), com o intuito de lutar pela inversão de determinadas prioridades, para que os recursos sejam mais bem

²⁸ Este número parece alto demais, podendo constituir num erro gráfico do relatório. Talvez queira-se colocar que cada usuário poderia receber um salário de R\$ 2.750,00.

utilizados e sob maior controle social. Em função desta discussão os eixos de luta deste eixo temático apresentam as seguintes propostas:

Eixo temático: Práticas Assistenciais e Financiamento

Eixos de luta:

- Tomar como prioridade entre as discussões do movimento o redirecionamento de recursos públicos, por meio de um estudo crítico da atual política econômica;
- Promover um seminário nacional em torno deste tema;
- Aprofundar os dados orçamentários no âmbito do movimento, fazendo-os chegar aos diversos núcleos;
- Construir situação exemplares do modelo substitutivo ao manicômio, e dar visibilidade às situações já existentes, usando-as como argumento no debate social e político de defesa de nossas propostas;
- Sustentar a interlocução com o gestor público, exigindo do mesmo o cumprimento de seu compromisso com propostas viáveis e dignas nas políticas públicas em geral e na Saúde mental em particular;
- Exigir que o gestor público invista os recursos necessários para manter, sustentar e expandir a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental;
- Investir na criação de grupos de trabalho e de acompanhamento orçamentário”
- Propor ao Ministério da Saúde a inclusão, nas tabelas do SUS, do pagamento dos serviços que funcionam 24 horas e nos fins de semana, e também dos serviços residenciais terapêuticos;
- Propor ao Ministério da Saúde a implantação do Programa de Apoio à desospitalização/PAD;
- Reforçar os serviços de controle e avaliação hospitalar nos Municípios de gestão plena e exigir que o Estado e Ministério da Saúde fiscalizem os hospitais psiquiátricos onde não existam estes serviços de controle e avaliação (Relatório IV, 1999, p. 18).

A interlocução principal do Movimento Antimanicomial, ao discutir as práticas assistenciais e financiamento, acontece com a Gestão pública. Pretende-se acompanhar a dinâmica da União, obtendo ciência dos direcionamentos dos recursos com a intenção de lutar para maior investimento nas ações em saúde mental coerentes às propostas antimanicomiais. Participando dos conselhos de saúde, através de comissões de saúde mental, os representantes do Movimento podem fiscalizar os hospitais e fazer denúncias. Ao propor ao Ministério da Saúde a implantação do PAD (Programa de Apoio à Desospitalização), o Movimento estrategicamente está buscando redirecionar os recursos para práticas em saúde mental condizentes com os princípios do mesmo.

4.5.1- Síntese das propostas do 4º Encontro Nacional e reconhecimento dos enunciados

Este relatório ao apresentar o tema central “Novas Formas de Produção de Sentido” traz como alvo: o trabalho, a moradia e o financiamento das práticas antimanicomiais. O processo de re-inserção social está diretamente vinculado aos eixos de luta aqui propostos, deslocando as atividades em saúde mental dos hospitais psiquiátricos para os novos tipos de assistência, fundados na luta antimanicomial. Logo, os enunciados centrais deste relatório tratam dos princípios de “*desinstitucionalização*” e da “*autonomia e autogestão*”, discutidos no eixo temático “Serviços Residenciais”. Colocou-se que estas práticas poderiam ser instauradas pela inserção no mercado de trabalho através de cooperativas sociais e a construção de moradias desvinculadas dos hospitais psiquiátricos, rompendo com as práticas assistencialistas e paternalistas através do espaço residencial junto à comunidade. Para que estas metas sejam alcançadas, estrategicamente o Movimento pretende redirecionar os recursos da União para atividades em saúde mental que priorizem tais questões. Além disso, considera que “*o serviço residencial terapêutico deve ser um lugar onde possamos recriar nossa existência, devendo ser um referencial de cidadania, um lugar humano*” (Relatório IV p. 09). “*Lugar humano*” caracteriza-se como mais um dos enunciados relacionados às características humanistas do Movimento Antimanicomial, somando-se às anteriores já apresentadas.

O processo de desvinculação da moradia com os hospitais psiquiátricos traz como enunciado a “*desinstitucionalização*”, o qual considera que os serviços residenciais servem para difundir as práticas antimanicomiais resultando no fim das instituições psiquiátricas. A questão da “*autonomia e autogestão*” reaparece com um dos principais enunciados evidenciados no eixo temático “Cooperativas Sociais”, aonde o trabalho viria a ser o impulsionador deste processo. Esta discussão apresenta recorrências em relação à temática anterior “Serviços Residenciais”, caracterizando-se em ambas o mesmo foco: a autonomia dos usuários e sua inserção no mercado de trabalho.

4.6- 5º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil

E finalmente, o 5º Encontro Nacional de Luta Antimanicomial aconteceu na cidade de Miguel Pereira - RJ, de 17 a 21 de Outubro de 2001, tendo continuidade numa plenária nacional que aconteceu em 09/03/02 na cidade de São Paulo-SP. Constatou-se algumas mudanças na estrutura organizativa do Movimento, principalmente no sentido de que,

devido a divergências entre alguns núcleos nos estados brasileiros, acabou-se gerando divisões entre os militantes atingindo o Movimento no âmbito nacional. A delegação de Minas Gerais retirou-se deste encontro antes do reinício das discussões que seriam realizadas na plenária final em 21/10, por discordar da forma como os trabalhos estavam sendo conduzidos e pelo clima de divergência. Na plenária nacional em São Paulo, os debates sobre a conjuntura do Movimento levaram à percepção de que este estava sofrendo uma “crise interna”. Estas análises foram registradas em atas, não viabilizando maiores informações a partir do relatório V. Contudo, o mesmo apresenta algumas informações referentes à plenária nacional, onde a “crise” do Movimento foi colocada como primeira pauta em discussão, apontando alguns eixos. Nestes eixos colocou-se a necessidade em entender a crise como um momento de crescimento do Movimento, tendo em vista que está ligada a uma crise mais ampla: a dos movimentos sociais. Sem entrar em detalhes sobre os problemas internos que levaram a este momento, o relatório aponta alguns eixos que servem como medida de reestruturação no âmbito nacional²⁹, sendo esboçados a seguir:

- Superação da divisão por segmentos e reconhecer todos como militantes;
- Ampliação do sistema de comunicação do movimento;
- Reforçar a união entre os segmentos dentro do MLA;
- Ampliar o relacionamento com outros movimentos sociais, conselhos e sindicatos;
- Rever a situação financeira do MLA para implantação de projetos;
- Reconhecer os diferentes modelos de trabalho dentro do MLA;
- Entender a divisão pro segmento como discriminação positiva e por entender que cada segmento tem características próprias, com divergências de idéias entre eles;
- Ressaltar as diferenças nos campos ideológico e político;
- Ampliar a capacidade de produção política e teórica dos militantes do MLA;
- Respeitar as diferenças dentro do MLA (Relatório V, 2001, p. 119-120).

Estas medidas de reestruturação enfocam as divergências internas e são apresentadas com a proposta de respeitar as singularidades dos trabalhos realizados em cada estado brasileiro. Ainda nesta plenária decidiu-se realizar a votação para eleger um representante do Movimento de Luta Antimanicomial na Comissão Nacional de Saúde Mental. As abstenções de voto foram justificadas pelos militantes como discordância ao

²⁹ Estes eixos estão ligados à própria reestruturação do Movimento, ou seja, referem-se a estratégias a serem aplicadas ao mesmo com a finalidade de re-direcionamento e planejamento de ações.

desenvolvimento da plenária, acreditando que a “crise” foi desconsiderada, não havendo um esforço em restabelecer a unidade do Movimento. Dando continuidade ao 5º Encontro Nacional, uma segunda plenária nacional foi convocada, realizando-se em 12/10/2002 em São Paulo-SP, com a presença de 62 militantes representando cinco estados brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Paraná e Santa Catarina. Assim a Secretaria Executiva Nacional colegiada, gestão 2002/2004, ficou dividida em cinco subsecretarias, atribuindo a cada estado presente uma tarefa:

- São Paulo: Organização do 6º Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial; Infra-estrutura;
- Rio de Janeiro: Organização do 7º Encontro de Usuários e Familiares; Finanças;
- Ceará: Assessoria política (coordenação de respostas políticas do movimento a fatos conjunturais);
- Paraná: Intersetorialidade (coordenação da relação do Movimento Antimanicomial com demais Movimentos Sociais);
- Santa Catarina: Comunicação (coordenação da comunicação inter Núcleos Locais e Fóruns Estaduais via Circulado, mala direta, e-mail geral do Movimento).

Representando as vozes dos usuários que têm ganhado ressonância em diversos espaços, foi escolhido o monumento “O Grito”³⁰ como símbolo do 5º Encontro. O tema central apresenta-se em forma de questionamento: “Como estamos? O que queremos? Para onde vamos?”, o que mostra o interesse do Movimento em reafirmar uma identidade. Para este encontro foram convidados 21 estados de federação, sendo que compareceram delegações com cerca de 600 participantes cada, de 17 estados³¹: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe.

Contudo, devido a diferenças nas formas de militância e nos trabalhos desenvolvidos em cada Estado pôde-se constatar que o Movimento tem vivido no âmbito nacional situações de conflito e fragmentação, fatos que têm resultado em um enfraquecimento na

³⁰ Da autoria da Alexandre Dellagamba, usuário e militante do Movimento Antimanicomial.

³¹ Esses dados são referentes ao primeiro momento do 5º Encontro Nacional, realizado em Miguel Pereira-RJ, visto que houve posteriormente duas plenárias em continuidade às discussões, em momentos e locais diferentes.

estrutura do mesmo. Apesar disso, três eixos de luta são apresentados neste encontro como continuidade da luta antimanicomial, buscando reafirmar sua identidade com as questões “Como estamos? O que queremos? Para onde vamos?”, trazendo junto disso o objetivo de divulgar o Movimento Antimanicomial como um movimento social diferente do movimento de reforma psiquiátrica, e que embora tenha interlocução com os gestores públicos, continua sendo independente e crítico ao neoliberalismo. Os eixos de luta aqui apresentados referem-se às seguintes temáticas: Manicômios, Mídia e inclusão social, e Serviços substitutivos. Seguem abaixo as temáticas com seus respectivos eixos de luta, visto que não constam no relatório comentários adicionais sobre as mesmas.

Eixo temático: Manicômios

Eixos de luta:

- Desativar os hospitais psiquiátricos, com cronograma que estipule a data limite para o encerramento desses grandes manicômios, garantindo-se que os recursos SUS/AIH, que eram direcionados aos hospitais, acompanhem os pacientes nos novos serviços (realocação de verbas) e que seja criada uma multa diária quando o prazo não for respeitado;
- Definir políticas de recursos humanos para que haja formações específicas voltadas para a Reforma psiquiátrica, tanto nas universidades quanto em educação continuada;
- Definir políticas de recursos humanos, garantindo uma remuneração que permita ao profissional dedicação exclusiva a um único serviço, de modo que favoreça um comprometimento total nas universidades quanto em educação continuada;
- Definir políticas de recursos humanos, garantindo uma remuneração que permita ao profissional dedicação exclusiva a um único serviço, de modo que favoreça um comprometimento total do profissional;
- Que haja fiscalização e avaliação de serviços substitutivos pelas comissões de Reforma Psiquiátrica;
- Realizar, ainda no ano de 2001, uma campanha na mídia para divulgação e reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica, aproveitando a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e o Ano Internacional da Saúde Mental (Relatório V, 2001, p. 24)..

Eixo temático: Mídia e inclusão social

Eixos de luta:

- Compreender o significado da idéia de comunicação sócio-cultural, garantindo espaço para exposição das questões da Luta Antimanicomial;
- Situar e escoar a produção artística dos usuários dos Serviços de Saúde Mental;

- Criar nos próximos encontros espaço para execução de oficinas de arte e cidadania, como meio de fomentação e intercâmbio entre os militantes;
- Estabelecer parcerias com universidades, e outros órgãos, para criação de oficinas de comunicação social (radialismo, jornalismo, vídeo) na rede de serviços de Saúde Mental;
- Debater, nos diversos espaços da sociedade, o tema: Mídias Alternativas e Inclusivas, com o apoio do Movimento de Luta Antimanicomial (Relatório V, 2001, p. 24-25).

Eixo temático: Serviços substitutivos

Eixos de luta:

- Apoio do Ministério da Saúde à implantação de Serviços Substitutivos de acordo com a necessidade local, através de assessoria e incentivo, etc;
- Criar bolsa de apoio à ressocialização para usuários de saúde mental, observando-se que esta bolsa terá um caráter temporário, a ser avaliado pela equipe técnica responsável;
- Conquistar o passe-livre em nível nacional, para garantir o acesso do usuário ao tratamento;
- Solicitar ao Ministério da Saúde a realização de uma campanha, através da mídia, esclarecendo sobre os novos Serviços da Saúde Mental e contribuindo para a desmistificação da loucura” (Relatório V, 2001, p. 25).

4.6.1- Síntese das propostas do 5º Encontro Nacional e reconhecimento dos enunciados:

Este 5º Encontro Nacional voltou-se mais para seus próprios impasses do que para a luta antimanicomial em si, por isso as discussões realizadas não apresentam questões inéditas, demonstrando recorrências aos discursos dos relatórios anteriores. No eixo temático “Manicômios” isto se dá principalmente acerca da formação, fiscalização e avaliação dos profissionais atuantes nos serviços substitutivos, medida que se define como políticas de recursos humanos. As questões recorrentes do eixo temático “Mídia e inclusão social” aparecem no sentido de explorar a produção artística como meio de inclusão e de expressão dos usuários na sociedade. Aqui a mídia é focada como veículo possível para se divulgar questões da luta antimanicomial, servindo como espaço viável nos debates dos temas relacionados a esta. Algumas parcerias são propostas, com as universidades principalmente, para que se criem oficinas de comunicação social nas redes de serviços em saúde mental através do radialismo e do jornalismo. A parceria central visualizada na temática “Serviços substitutivos” se dá com o Ministério da Saúde, onde através deste pode-

se implantar o novo tipo de assistência em saúde mental configurada a partir das necessidades específicas de cada comunidade.

5- Uma Arqueologia do Movimento Antimanicomial no Brasil

Analisando os enunciados que aparecem nos cinco relatórios, estabelecendo correlações entre eles, sem interpretá-los, buscando suas condições de existência, pôde-se fazer a análise arqueológica deste campo discursivo. Para Foucault:

não é pois, uma interpretação dos fatos enunciativos que poderia trazê-los à luz, mas a análise de sua coexistência, de sua sucessão, de seu funcionamento mútuo, de sua determinação recíproca, de sua transformação independente ou correlativa (1984, p. 33).

A análise das relações entre os enunciados foi aqui realizada a partir de um recorte provisório do campo discursivo disponibilizado pelos relatórios.

A primeira hipótese gerada pela arqueologia é a de que os enunciados diferentes entre si e dispersos no tempo podem formar um conjunto quando se referem a um mesmo objeto³². Foram reconhecidos como alguns dos objetos retomados e corrigidos pelos discursos do Movimento Antimanicomial: “*Práticas Antimanicomiais*”, “*Legislação*” e “*Cultura e Educação*”. Delimitou-se a existência destes objetos através das relações que tornam possível o seu aparecimento, segundo Foucault:

essas relações são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização; e essas relações não estão presentes nos objetos (...). Elas não definem a constituição interna do objeto, mas o que lhe permite aparecer, justapor-se a outros objetos, situar-se em relação a eles, definir sua diferença, sua irredutibilidade e, eventualmente, sua heterogeneidade; enfim, ser colocado em um campo de exterioridade (1984, p. 51).

A análise realizada nesta dissertação restringe-se a estas relações, definidas por Foucault (1984) na *Arqueologia do saber* como relações primárias.

Destacou-se como um dos principais, o objeto “*Práticas Antimanicomiais*”, uma vez que as ações não se restringem em acabar com os manicômios, mas substituí-los por um outro modelo de serviços de atendimento. O 1º Encontro vai tratar este objeto sob a temática “A invenção da assistência: impasses e possibilidades na construção das práticas antimanicomiais”, emergindo desta discussão o intuito de fazer do trabalho clínico um ato

³² Não perdendo de vista que os conjuntos de enunciados podem se relacionar com mais de um objeto.

político. Este objeto se caracteriza por uma problematização da clínica envolvendo aspectos como: inserção social, interdisciplinaridade, aliança com movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos. O relatório trata destas questões apresentando o seguinte discurso: *“hoje se reconhece a necessidade de se considerar a complexidade das relações sociais, políticas, econômicas e peculiaridades da condição humana como forma de construir múltiplas e criativas possibilidades de assistência em saúde mental”* (Relatório I, p. 11). Para que um novo modelo em saúde mental faça parte das práticas do Movimento, apresenta-se a necessidade de articulação com instituições como: Conselhos Municipais de Saúde, Legislativo, Judiciário; buscando intervir na política e na cultura, estabelecendo, para tanto, um intercâmbio com a sociedade. As práticas antimanicomiais se configurariam como um outro tipo de assistência em saúde mental, produzindo um deslocamento das atividades manicomiais. Esta nova assistência, conforme os enunciados, deve ser de gestão pública para que todos tenham acesso à mesma, independente de sua classe social. As intervenções que se caracterizariam de maneira mais humanizada (em comparação aos hospitais psiquiátricos) aconteceriam a partir de uma equipe interdisciplinar que deve manter uma relação de horizontalidade com os usuários. A arte seria um dos instrumentos utilizados para viabilizar a expressão singular de cada sujeito, e as intervenções devem ter em vista além das questões biológicas também as questões sociais e seus determinantes. Os internamentos seriam substituídos por outro tipo de apoio técnico caracterizado como “atenção psíquica intensiva”, onde o sujeito não ficaria enclausurado, mas receberia um atendimento intensivo conforme sua necessidade. Assim sendo, estas *“Práticas Antimanicomiais”* se caracterizam como uma política de recursos humanos mais humanizada, e para que isso se objetive seria necessário lutar junto ao poder público por um redirecionamento de recursos financeiros.

Por ter sido discutido em todos os Encontros Nacionais, o processo de *desinstitucionalização* apresentou-se como um dos enunciados centrais, ligado também ao objeto *“Práticas Antimanicomiais”*, demonstrando que o Movimento luta pelo fim dos manicômios, propondo contudo, a construção de um outro tipo de trabalho que substitua tais instituições. Logo, a loucura continua sendo compreendida como uma espécie de sofrimento ou de patologia, embora se questione o olhar da ciência tradicional. A diferença do olhar sobre a loucura para o Movimento em relação às instituições psiquiátricas está no

sentido de evitar a exclusão social das pessoas que vivem esta ‘problemática’ (o que não significa que não precisem de algum tipo de assistência), e na compreensão deste fenômeno considerando os determinantes sociais. A nova assistência prevê o trabalho interdisciplinar e a construção de concepções mais humanistas sobre a doença mental, sem os estigmas provenientes das categorizações patológicas construídas pela psiquiatria. Conforme a análise epistemológica do Movimento Antimanicomial, a obra de Baságlia³³ influencia diretamente nas suas práticas e discursos, convergindo nestes pressupostos.

O objeto “*Legislação*” aparece vinculado ao anterior e posterior, o seu campo de exterioridade está nas Leis de Reforma Psiquiátrica e na revisão do Código Civil. A luta antimanicomial se aproxima aqui do Senado, OAB, instituições formadoras, parlamento, comissão de revisão do Código Civil, entidades de Direitos Humanos, conselhos de saúde, Ministério Público, conselho penitenciário, outros movimentos sociais e mídia. Assim, o Movimento Antimanicomial apóia-se no dispositivo legal para garantir aos ‘loucos’ o direito à cidadania, ao trabalho, à moradia e à inclusão social (aspectos que levariam à autonomia e autogestão dos mesmos), através da aplicação de Leis de Reforma Psiquiátrica e Leis Trabalhistas que regulamentem, por exemplo, a criação e funcionamento de cooperativas sociais, os serviços residenciais terapêuticos, a substituição de práticas manicomiais. A Legislação por outro lado torna-se alvo de crítica ao apresentar conceitos como: periculosidade latente, loucos de todo gênero e inimputabilidade, encontrados no Código Civil.

E finalmente, através dos discursos que tratam sobre a revisão da concepção de homem e de doença mental na sociedade emerge o objeto “*Cultura e Educação*”. A partir deste, o Movimento pretende modificar o olhar excludente sobre a loucura, tratando estrategicamente como uma intervenção cultural e educacional. As organizações envolvidas neste processo são os Municípios, SUS, PAD (Programa de Apoio à Desospitalização), Ministério da Saúde, instituições educacionais de ensino médio e superior e mídia. Mais especificamente, este objeto se caracteriza por uma crítica à sociedade neoliberal, colocando que esta desconsidera a singularidade dos sujeitos levando-os a uma espécie de “massificação”. Esta crítica se dirige principalmente às instituições psiquiátricas que servem como dispositivos sociais repressores, pois abafam a

³³ Trajar-se-á da influência de Baságlia mais à frente neste capítulo.

subjetividade do louco. Através da arte como canal de expressão, do processo de desinstitucionalização e da garantia de uma assistência em saúde mental gratuita e fundada nos princípios antimanicomiais, o Movimento estaria produzindo uma intervenção na cultura e na educação. Quanto à educação, mais especificamente este objeto trata da política de recursos humanos e da intersectorialidade, referindo-se a ações em saúde mental que se desenvolveriam de maneira interdisciplinar, contando com uma profissionalização baseada nos princípios antimanicomiais. O Movimento tem interesse em intervir junto às instituições educacionais sugerindo uma formação fora dos moldes da ciência tradicional. Conceitua, para tanto, uma política de recursos humanos diferenciada àquela dos manicômios, considerando a defesa dos direitos humanos, a autonomia dos usuários e a cidadania. Os internamentos de longo prazo são vistos como empecilho à inclusão social, por isso desloca-se este tipo de intervenção para a “Atenção Psíquica Intensiva”. Os outros objetos estão relacionados com este, visto que suas práticas discursivas visam uma mudança cultural.

Na realidade os objetos retomados apresentam relações entre si e o regime de existência dos mesmos é definido pelo próprio Movimento Antimanicomial, sendo, portanto este, a sua instância de delimitação. Em outras palavras, o Movimento Antimanicomial delimita a necessidade em pôr fim às instituições psiquiátricas, substituindo estas por um outro modelo de trabalho na área da saúde mental que se configura em instituições como Naps e Caps. Delimita ainda que é preciso intervir na cultura, educação, e legislação para modificar as relações e concepções excludentes que a sociedade estabelece sobre a loucura. Percebe-se, portanto, que estes objetos são retomados e corrigidos pelo Movimento, por isso não são naturais ou preexistem a si mesmos, mas se caracterizam por formulações apresentadas nestes discursos. Estas formulações se evidenciam através dos enunciados que emergem a partir dos relatórios, possibilitando reconhecer os objetos que sob intervenção da Luta Antimanicomial podem ser modificados.

Cabe colocar que para a arqueologia não se concebe o discurso através da manifestação de um sujeito que pensa e conhece o que diz, mas por “*Um conjunto em que pode ser determinada a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos*” (FOUCAULT, 1984, p. 61). Isto significa que as modalidades enunciativas não são

definidas por um sujeito transcendental ou através de uma subjetividade psicológica, mas se caracterizam por posições de sujeito. Relacionando esta concepção ao Movimento Antimanicomial pode-se reconhecer que o discurso não é produzido por um sujeito, não existe um autor das práticas e discursos deste, mas situações, espaços e papéis ocupados pelos sujeitos do discurso: os usuários, os técnicos, os familiares e outros agentes interessados na luta. Cabe ressaltar então, que o discurso não é proferido através da escolha ou subjetividade de um autor, mas por uma trama de relações que envolvem a produção do discurso, os vários lugares, posições e status que podem ocupar.

Segundo Foucault (1984), o discurso se produz por um conjunto de enunciados que se apóiam em um mesmo sistema de formação. Para tanto os enunciados foram identificados, considerando-os como elementos concomitantemente não visíveis e não ocultos visto que:

O nível enunciativo está no limite da linguagem (...) ele define a modalidade de seu aparecimento: antes sua periferia que sua organização interna, antes sua superfície que seu conteúdo. (...) o súbito aparecimento de uma frase, o lampejo de sentido, o brusco índice de designação surgem sempre no domínio de exercício de uma função enunciativa (FOUCAULT, 1984, p. 130).

Considerando estas questões foram identificados alguns dos enunciados do Movimento Antimanicomial nos relatórios, à medida que se apresentaram como materialidades repetíveis nos eixos temáticos e eixos de luta, exteriorizando matrizes epistemológicas, concepções sobre a loucura, ideologias, etc. Reunindo os cinco relatórios pôde-se reconhecer o aparecimento dos seguintes enunciados:

- “*gestão popular*”
- “*humanização*”
- “*humildade*”
- “*reinserção*”
- “*desinstitucionalização*”
- “*a arte é o grande canal de expressão do homem*”
- “*fazer da clínica um ato político*”
- “*intersetorialidade*”

- “*Atenção Psíquica Intensiva*”
- “*lugar humano*”
- “*periculosidade latente*”
- “*loucos de todo gênero*”
- “*inimputabilidade*”
- “*autonomia e autogestão*”
- “*intersectorialidade*”
- “*relações de poder*”

Os enunciados puderam ser localizados através da exterioridade do discurso que se evidencia nos eixos de luta, por isso se faz irrelevante buscar o que poderia existir por detrás das palavras, dos fatos descritivos. Uma das questões centrais trata da necessidade de produzir socialmente um olhar alternativo sobre o fenômeno da loucura, um olhar diferente da ciência tradicional, não estigmatizante ou excludente. Este objetivo vem junto à luta que busca promover uma cultura antimanicomial tratando de uma discussão apresentada desde o 1º Encontro Nacional e está atrelada direta ou indiretamente a outros enunciados. Sendo assim, com o intuito de promover um outro olhar sobre a loucura na sociedade, o Movimento mobiliza alguns mecanismos coerentes com suas práticas e saberes que se manifestam através de diversos enunciados. Ao questionar a concepção da loucura proposta pela ciência tradicional, propõe uma outra perspectiva que sugere compreender o fenômeno da loucura como algo que faz parte da vida social, onde qualquer sujeito poderia vivenciar esta problemática. Junto a estes posicionamentos estão alguns enunciados que evidenciam a crítica do Movimento ao sistema neoliberal e à instituição psiquiátrica. Desta maneira, com o intuito de extrapolar o espaço clínico que serve como respaldo para os casos de crise, os discursos correlacionam os atendimentos ao enunciado “*fazer da clínica um ato político*”. Este discurso que expressa a necessidade de fazer da clínica um *ato político*, reflete uma crítica à concepção biologicista e tecnicista da ciência psiquiátrica e ao olhar restritamente psicológico sobre a loucura. A loucura então é compreendida como um fenômeno que está ligado, em diversos casos, a uma irrupção de determinada realidade sócio-econômica³⁴ a ser

³⁴ Aqui se apresenta mais uma vez a influência de Básaglia, uma vez que este autor afirma que a loucura está relacionada a insuportabilidade da vida social, considerando questões de classe social.

considerada neste processo. O tratamento não pode ficar restrito a uma instituição, ao consultório clínico, e, tendo em vista que está implicado em um contexto social mais amplo, deve envolver a família e a comunidade como um todo. Neste sentido o Movimento busca construir práticas que façam da luta antimanicomial uma intervenção política na sociedade, produzindo uma outra concepção sobre a loucura que escape à idéia de doença e desrazão.

O enunciado “*fazer da clínica um ato político*” está ligado a outro enunciado: “*gestão popular*”. Aqui o posicionamento está em evitar a comercialização das atividades em saúde mental, buscando-se priorizar um atendimento público e gratuito. Os atendimentos devem ser baseados na política do SUS, garantindo uma intervenção que tenha em vista as necessidades de cada sujeito e que minimize o processo de exclusão. O Movimento Antimanicomial sensibilizado pelas questões políticas relacionadas à loucura busca promover também a reinserção no mercado de trabalho e a construção de moradias para os ex-pacientes das instituições psiquiátricas.

Por isso, o Movimento se ocupa em produzir uma cultura antimanicomial cujos enfoques se relacionam com os seguintes enunciados: “*reinserção*”, e “*desinstitucionalização*”. O objetivo central de acabar com as instituições psiquiátricas está ligado a estes discursos, e pretende deixar de ser uma preocupação apenas dos profissionais que atuam na área da saúde para passar a ser uma discussão de todos os agentes sociais envolvidos direta ou indiretamente à temática da loucura. Neste debate os meios de comunicação aparecem como alvos de interesse do Movimento, no sentido de obter reconhecimento social e legitimidade da Luta Antimanicomial. O enunciado “*desinstitucionalização*” no relatório II inclui a idéia de que as práticas antimanicomiais devem produzir saberes diferentes dos da ciência tradicional. As classificações e as patologias são saberes construídos pela ciência tradicional e tornam-se alvos de crítica do Movimento uma vez que fundaram anos de prática nos manicômios, produzindo estigmas e conseqüentemente a exclusão. A luta pela desinstitucionalização que leva junto de si uma bandeira: “Por uma sociedade sem manicômios”, pretende construir um saber não classificatório, que se caracterize como mais uma possibilidade de olhar o ser humano em sua singularidade. As práticas dos hospitais psiquiátricos ao desconsiderarem a subjetividade dos internos, aplicando-lhes um tratamento químico determinado para cada

caso patológico particular, causam sofrimento e alienação. Revendo tais práticas, relacionado a este enunciado está o que trata da “*atenção psíquica intensiva*” (termo utilizado para substituir a atividade da internação). Este trabalho de “*atenção psíquica intensiva*” pretende caminhar paralelamente à comunidade e à família, evitando o processo de exclusão que comumente acontecia nas instituições tradicionais, onde o paciente ficava às vezes “uma vida” sem contato externo. A alienação social era um dos aspectos que caracterizava a “internação”, e o conceito de “*atenção psíquica intensiva*” vem com o intuito de promover o contrário, ou seja, a inclusão. Os pressupostos do materialismo-histórico-dialético estão presentes nestas práticas e discursos, onde o interesse de fazer da clínica um ato político evidencia-se ao envolver a comunidade na promoção de saúde mental, banindo os preconceitos sobre o fenômeno da loucura. A Luta Antimanicomial busca principalmente combater os estigmas da loucura e às consequências disso: a exclusão do mercado de trabalho e exclusão no campo do direito, por exemplo. A loucura sempre compreendida a partir de um olhar histórico, cultural, social e econômico, promove a luta pelo fim da exclusão, possibilitando aos sujeitos fazerem parte do corpo social sem discriminações.

Um outro enunciado que se faz presente em todos os relatórios e que se refere às atividades desenvolvidas nos serviços substitutivos, bem como à reinserção social, trata da “*arte como canal de expressão do homem*”. Aqui a arte se caracteriza como um instrumento importante nas ações de cunho terapêutico e como possibilidade de expressão do ‘louco’ na sociedade. É preciso observar que quanto a esta questão corre-se o risco de articular a arte como único instrumento de interlocução do louco, produzindo um estigma às avessas.

A capacitação dos profissionais da área da saúde é outra discussão que ocupa os discursos do Movimento Antimanicomial em praticamente todos os relatórios. Pretende-se construir junto às escolas de ensino superior um enfoque antimanicomial nas práticas em saúde mental. No 2º Encontro emerge a proposta de produzir mudanças nas grades curriculares, incluindo debates sobre outros tipos de intervenção que escapem ao esquema da internação. E o 3º Encontro dando seqüência a esta temática sugere que as universidades incluam a “abordagem antimanicomial em saúde mental” no currículo dos futuros profissionais. A relação entre os técnicos e os usuários também é discutida aqui,

apresentando enunciados como: “*humildade*” e “*relações de poder*”. A frase do relatório II “*os técnicos precisam resgatar o sentido real da humildade*” que apresenta o enunciado “*humildade*” está se referindo ao tipo de tratamento almejado para a nova assistência baseada nos princípios antimanicomiais. Pretende-se findar com as características manicomiais tuteladoras e infantilizadoras dos atendimentos realizados pelos técnicos em relação aos usuários. Contudo, a palavra humildade proveniente da matriz cristã, evidencia a influência desta prática nos discursos do Movimento Antimanicomial, somando-se às características humanistas conforme visto no 1º Encontro. Considerando que o humanismo e o cristianismo possuem pressupostos que se cruzam, o enunciado evidencia a influência destas duas matrizes que, supostamente, permeiam as práticas e saberes do Movimento Antimanicomial. Ainda a partir deste enunciado emerge uma discussão que está atrelada ao enunciado “*relações de poder*”, uma vez que o técnico com sua *humildade* deve se colocar como alguém que não detém todo o saber, e como tal deve estar atento para construir uma relação não opressora e estigmatizadora, considerando o poder do usuário. Para este novo tipo de assistência em saúde mental fundado nos princípios antimanicomiais, propõe-se que técnicos e usuários mantenham uma relação não hierarquizada, possibilitando a circulação do “saber” entre todos os envolvidos, eliminando, portanto, as relações de poder³⁵. Afirmando tal pressuposto, o Movimento expressa um posicionamento ingênuo, se confrontada esta perspectiva com a de Foucault. Para este pensador, as relações inevitavelmente envolvem questões de poder. Tratando sobre o poder e o corpo, Foucault coloca que: “*O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo (...). Na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares*”. (1979, p. 146). Este posicionamento põe em dúvida a horizontalidade das relações entre técnicos e usuários proposta pelo Movimento. A disciplina foi uma técnica de exercício de poder muito utilizada para reorganizar os espaços e os sujeitos nos primeiros hospitais do período clássico, destinados ao tratamento da loucura. Ao longo de anos o poder tem se inscrito nos corpos dos indivíduos a partir deste processo disciplinar, tornando duvidosa a possibilidade de desconstruir este esquema absolutamente. Pode ser que as práticas dos serviços substitutivos em comparação aos

³⁵ Essa discussão sobre relações de poder se apresenta de maneira recorrente nos discursos do Movimento, visto que também está presente no 1º e 2º relatório.

hospitais psiquiátricos visem acabar com a disciplina e a produção de corpos dóceis, contudo não se pode perder de vista que estes mesmos corpos já têm uma história de internação, uma história social permeada pela disciplina e pelo poder em diversos sentidos. O poder encontra maneiras estratégicas para promover o seu exercício e pode muito bem se esconder por detrás de uma relação “aparentemente” horizontal. O que se questiona é: Será mesmo possível acabar com relações de poder? O saber produzido por todos conjuntamente, de maneira horizontal, não seria também a produção de um tipo de poder? E o que se pode dizer do ‘poder’ de acabar com as instituições psiquiátricas, ao construir outros ‘saberes’ sobre a loucura?

Ao descrever *A História da Loucura*, assim como a trama que contribuiu para as práticas da jurisprudência na obra *A verdade e as Formas Jurídicas*, Foucault (1996) apresenta um outro olhar sobre a repressão. Nesta perspectiva, a repressão não se restringe apenas à força de proibição, o poder não é apenas o imperativo que diz “não” ou que oprime. O poder também produz formas de saber, e é por isso que se mantém aceito, pelo seu caráter produtivo e criativo. O Movimento Antimanicomial, a partir das críticas que direciona aos saberes e práticas da psiquiatria, passa a construir outras práticas e a partir destas, outros saberes. À medida que esses outros conhecimentos são criados, eles podem ser compreendidos em termos de verdade/poder, como elementos constituintes de uma “história política de verdades”. Através dos instrumentos que produziu para lidar de uma maneira menos opressora com as questões referentes à saúde mental, o Movimento Antimanicomial pôde estar permeado de múltiplos jogos de poder: o poder que produz, não o que reprime.

As lutas e as estratégias configuram relações de poder, e estes aspectos estão presentes nos cinco relatórios. Exatamente por isso se questiona a possibilidade de construir saberes que jamais serão aprisionados pelas tramas do poder. A partir do momento que tais saberes circulam, não se pode ter controle sobre como são usados, manipulados, direcionados, reconfigurados. Discursos se referem a acontecimentos e estes se manifestam na relação e coexistência com outros discursos. Para Foucault, os discursos são práticas descontínuas que se cruzam, podendo também se ignorar ou excluir, mas que não podem escapar à sua proliferação e por isso estarem sujeitos à desordem e ao descontrole. Ao produzir saber se exerce poder, visto que tais jogos nem sempre estão diretamente atrelados

a esquemas de opressão e repressão. Esta perspectiva inspira a atenção que se precisa ter em continuamente produzir outras práticas e outros saberes, à medida que os anteriores são capturados pelas engrenagens da maquinaria social, produzindo outros estigmas, outros parâmetros de normalidade.

Esta mesma discussão foi apresentada no 1º Encontro Nacional, reafirmando a crença na possibilidade de construir uma relação horizontal entre os envolvidos nas ações de saúde mental, desde que se torne acessível o conhecimento técnico. Isto significa que tratando saber como poder, o último circularia também entre todos. Esta discussão merece uma atenção especial, no sentido de questionar se tal relação horizontal poderia acontecer efetivamente. Primeiramente, reconhecendo que o saber dos técnicos, mesmo fundado nos princípios antimanicomiais, está sempre em construção e não se esgota tão facilmente; depois, tornar acessível este saber exige tempo e um processo específico e constante. Analisando esta questão pela perspectiva de Foucault e considerando os técnicos dos serviços alternativos aos manicômios como intelectuais que produzem determinado saber, percebe-se inviável esta dissociação entre saber e poder. O papel dos profissionais também se exerce no sentido de validar determinados discursos e saberes, que os usuários, por exemplo, mesmo com sua experiência em relação ao sofrimento mental, não poderiam fazer sem a contribuição dos primeiros. Já o contrário não se pode afirmar, os profissionais podem produzir saberes sem que os usuários participem, considerando, claro, que esta não é a proposta do Movimento. Porém estes discursos não dão visibilidade ao fato de que quem legitima o saber socialmente é o intelectual. Logo, a relação de poder está implicada neste processo, e isto não significa que tenha que ser compreendida negativamente, conforme afirma Foucault (1979): *“O papel do intelectual não é mais o de se colocar um pouco a frente ou um pouco de lado para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da ‘verdade’, da ‘consciência’, do discurso”*. (p. 71). Isto significa que os profissionais da ‘nova assistência em saúde mental’ podem construir os saberes junto com os usuários e demais envolvidos, saberes coerentes com um olhar que pretende acabar com todas as formas de exclusão, de assistencialismo e de opressão. Considerando a experiência daqueles que vivenciam o fenômeno da loucura, e retirando-se da posição de detentores da verdade, os profissionais possuem o poder de validar socialmente estas práticas e saberes

produzidos neste contexto. As possíveis pesquisas acadêmicas que venham a discutir as características das ações em saúde mental baseadas nos princípios antimanicomiais, por exemplo, são realizadas por intelectuais que podem já ter sido usuários, mas que para validar seu conhecimento precisam ingressar nesta instituição legitimadora de saber que é a universidade. Logo, a relação de poder entre profissionais e usuários existe, podendo apesar disso se caracterizar de maneira não opressiva, se for considerado o saber e a experiência de cada um no processo. Contudo não cabe imaginar uma dinâmica horizontal e não hierárquica, conforme idealiza o Movimento Antimanicomial.

Os discursos que se referem à capacitação profissional apresentam-se ligados ao enunciado “*humanização*”. Este enunciado se refere à consideração pela singularidade de cada caso, pretendendo acabar com os tratamentos e diagnósticos considerados objetivantes e reducionistas. Práticas como eletrochoques, lobotomias, camisa-de-força, etc, são banidas dos serviços substitutivos, incentivando os usuários uma vez submetidos a estes métodos a lutar pela sua indenização. A questão da humanização da assistência que explicita a influência do humanismo nas práticas do Movimento, merece um olhar crítico nesta análise. A psiquiatria ao apreender a loucura como objeto de conhecimento, acabou produzindo a dominação deste fenômeno através de um olhar racional centrado na verdade e na moral. Por longo período da era clássica, junto aos medicamentos se fez uso de remédios morais levando o tema da loucura a repousar entre o saber científico e a idéia de um erro ético. Quando Pinel entra em cena, passa-se a considerar a experiência da loucura diferentemente do desatino moral, o que não minimiza a violência do tratamento (FOUCAULT, 1972). Se antes os loucos eram considerados também marginais profanadores da moral religiosa, com Pinel passam a ser tratados como animais que devem ser enjaulados. O humanismo está presente nestes dois momentos da história da psiquiatria, contribuindo primeiramente com uma visão moral da loucura e posteriormente ligando-a à animalidade³⁶. Atenta-se, portanto, para a influência do humanismo nas práticas e saberes do Movimento Antimanicomial, podendo levar a práticas avessas aos pressupostos explicitados, considerando que o humanismo está ligado ao poder, é da

³⁶ Aqui os loucos acabam sendo tratados como animais, apesar de com Pinel apresentar-se a indignação de tratar “inocentes” como “culpados” (crítica à moral religiosa).

ordem dos discursos, uma vez que a idéia de “humanidade” não trata de uma realidade inerente à “natureza humana”.

O relatório II traz o enunciado “*autonomia e autogestão*”, promovendo discussões sobre a importância de respeitar e promover estas questões nas vivências dos usuários e de discernir situações em que isso não é possível, como por exemplo, nos casos de crise. Este enunciado que se manifesta nos discursos do Movimento está em oposição à questão do paternalismo e do assistencialismo, aspectos comuns às instituições psiquiátricas, que devem ser banidos nos serviços substitutivos. O paternalismo, considerado como um processo de infantilização dos sujeitos, acaba inviabilizando a tomada de seus direitos à cidadania. Neste sentido a luta antimanicomial busca através de suas práticas promover a autonomia dos usuários e dar apoio nos momentos em que estes se encontram fragilizados pelo sofrimento psíquico. Os discursos que tratam da reinserção social dos usuários através das atividades produtivas enfocam mais uma vez os enunciados “*autonomia e autogestão*”, considerando que o trabalho poderia garantir uma situação sócio-econômica favorável a estas famílias. Através do trabalho pode-se fazer um intercâmbio com a sociedade, minimizando os estigmas que o louco sofre quando está excluído, garantindo o direito à cidadania. A construção de cooperativas, a princípio, serve como estratégia para inserção no mercado de trabalho. Estes discursos se aproximam do posicionamento de Basaglia, visto que o trabalho de despsiquiatrização em Gorizia e Trieste na Itália focaram a inserção do louco no mercado de trabalho, com o intuito de romper com a lógica opressiva do sistema capitalista.

O relatório IV, tratando do acesso a serviços residenciais terapêuticos que seriam criados com o intuito de desvincular os ex-pacientes das instituições psiquiátricas colaborando na promoção de sua autonomia, gera o enunciado “*lugar humano*”. Coloca-se que as moradias estariam desatreladas dos hospitais psiquiátricos e sim vinculadas aos serviços substitutivos, servindo como uma espécie de lar transitório que viria a contribuir com o processo de reinserção destes sujeitos. Sendo os lares gerenciados pelos moradores, esta medida promoveria “*autonomia e autogestão*”, desconstruindo as práticas assistencialistas. Quanto a esta questão atenta-se para o fato de que os serviços residenciais não estariam vinculados às instituições psiquiátricas e sim aos serviços substitutivos, visto que o relatório enfatiza a intenção de desvincular estes lares dos serviços de saúde. Sendo o

serviço substitutivo um serviço de saúde, estas moradias estariam sim vinculadas ao mesmo, podendo deixar escapar ações de cunho assistencialista. Na realidade o relatório aponta esta discussão de maneira contraditória, pois ao mesmo tempo em que não deve estar vinculado a serviços de saúde, deve estar ao serviço substitutivo.

Quanto às questões legais relacionadas à criminalidade e loucura, o Movimento Antimanicomial apresenta certos enunciados evidenciados nos relatórios II e III: “*loucos de todo gênero*” e “*periculosidade latente*” e “*inimputabilidade*”. Tais enunciados estão amparados por uma rede de apoios institucionais legais e a proposta do Movimento vem no sentido de romper com este esquema, questionando a validade de tais pressupostos. Os discursos apresentam uma crítica ao Código Civil que mantém o uso destes termos de maneira preconcebida, relacionando a loucura à criminalidade indiscriminadamente. No 1º Encontro Nacional apresentam-se discussões sobre a responsabilização do louco quanto às suas ações, com o intuito de desvincular crime e loucura, promovendo no encontro seguinte uma série de críticas aos saberes psiquiátricos e jurídicos. Estas discussões são realizadas no 2º Encontro a partir do seguinte questionamento: um ato de violência seria um ato desrazão? O Movimento busca apoio do dispositivo legal para desfazer estas relações, considerando que as medidas de tratamento no caso de infração podem prejudicar muito mais o sujeito do que o próprio enclausuramento prisional. Além disso, questiona esse tipo de “tratamento” típico das instituições psiquiátricas que não levaria de modo algum à promoção de saúde. No relatório III este termo é considerado arcaico e incompatível com a “natureza” das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Referindo-se a tal questão, o Código Penal sugere que os loucos são potencialmente perigosos. Por outro lado, o discurso do Movimento afirma que periculosidade é algo que não condiz com a “natureza” dos mesmos. Em ambos os casos subentendem-se que a loucura está atrelada a algum tipo de “natureza”, remetendo a um *a priori* através do qual se podem prever atos bons ou ruins.

Desta maneira o Movimento questiona a relação entre doença mental e periculosidade latente, da mesma forma que questiona o uso da expressão *loucos de todo o gênero* nos dispositivos legais. Quando o Movimento atenta para o uso desta expressão no Código Civil e na legislação de 1934, provavelmente pretende denunciar este “todo gênero”, que traz a idéia de classificação, de patologia, assim como deixa vaga a idéia do que realmente se trata. A perspectiva de que a lei pode ser compreendida como um

instrumento de poder da classe hegemônica, legitimando seus interesses, leva o Movimento a prestar atenção quanto a estes dispositivos. Exige-se que os laudos produzidos a partir dos casos de infração sejam fornecidos por uma equipe multidisciplinar. Provavelmente, com isso pretende-se promover a diversidade de olhares sobre um mesmo fenômeno, para que a loucura seja alvo de múltiplos saberes ainda que no caso de condenação. Busca-se também que o Direito seja um dispositivo a favor do Movimento no sentido de contribuir para que as leis antimanicomiais sejam cumpridas e para que as instâncias de fiscalização dos estados estejam fundadas nos mesmos princípios.

O enunciado referente à “*intersectorialidade*” está presente nestes discursos onde o Movimento busca interlocução com outras áreas do conhecimento (neste caso com o Direito). A intersectorialidade se refere à relação com outros movimentos sociais³⁷ e à promoção de ações de caráter multidisciplinar nos serviços substitutivos fundados nos princípios antimanicomiais. Este enunciado está presente em quase todos os relatórios, evidenciando a relevância destas questões nas práticas e saberes do Movimento. No II relatório a discussão sobre *intersectorialidade* prevê a construção de ações na área da saúde mental a partir de diversos segmentos da sociedade, aspecto apontado na seguinte frase: “*A intersectorialidade é importante para que a assistência seja reformulada em todas as áreas, articulando-se com outros movimentos da sociedade*” (Relatório II, p. 13). Pretende-se fazer com que a saúde mental seja um tema debatido de maneira a promover a superação do modelo manicomial, comprometendo a sociedade neste processo, ocupando espaços políticos de poder e decisão.

Através desta análise dos enunciados pôde-se perceber que existe uma coexistência entre os mesmos e assim os temas vão se ligando, produzindo um funcionamento mútuo. O aparecimento destes, traz à luz alguns dos referenciais teórico-práticos do Movimento Antimanicomial, bem como posicionamentos específicos em determinados períodos de sua história. O tema central caracterizado nestes discursos refere-se ao “fim das instituições psiquiátricas” e para atingir tal objetivo o Movimento estabelece uma série de relações. Os eixos de luta expressam estas relações, produzindo a formação discursiva do Movimento Antimanicomial no Brasil.

³⁷ pauta de diversos eixos de luta, por ser considerada fundamental para que o Movimento garanta apoio e legitimidade social.

Considerando que os fundamentos epistemológicos ou reconhecimento das matrizes que compõem os discursos do Movimento Antimanicomial são questões de ordem arqueológica, finaliza-se a presente análise, neste sentido³⁸. Considerando os três movimentos que culminaram na Europa e que se dedicaram a construir um outro olhar sobre os saberes e práticas produzidos sobre a loucura e as instituições psiquiátricas: as Reformas Psiquiátricas, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática; identificou-se algumas das principais influências do Movimento Antimanicomial através dos cinco relatórios dos Encontros Nacionais. Foi possível notar que as Reformas Psiquiátricas em pouco contribuíram para a construção epistemológica do Movimento Antimanicomial, visto que este último não pretendia reformar as instituições, mas sim construir uma outra assistência em saúde mental baseada nos princípios antimanicomiais. Ficou evidente que Baságlia e Cooper contribuíram em diversos aspectos específicos para com as práticas e os saberes construídos pelo Movimento, contudo, nos cinco relatórios a maior incidência de enunciados referenciou os pressupostos de Baságlia. É notório que as práticas do Movimento se inspiram significativamente no modelo de trabalho desenvolvido por este autor em Trieste na Itália. A matriz materialista-histórico-dialética permeia os saberes e as estratégias de ação da Luta Antimanicomial. Fazer do trabalho clínico também um ato político, cooperar e estabelecer alianças com outros movimentos sociais no Brasil e manter um posicionamento crítico à opressão do sistema capitalista e ao objetivo da norma e da produtividade, são algumas das estratégias de ação que colocam o Movimento em acordo com tais pressupostos. Logo, a Psiquiatria Democrática baseada nos princípios do materialismo-histórico-dialético, permeiam fundamentalmente a Luta e sua história.

A Antipsiquiatria de Cooper deve ser considerada, já que os pressupostos fenomenológico-existenciais que constituem a matriz deste movimento que emergiu na década de 1960, trazem contribuições importantes à Luta Antimanicomial no Brasil, contudo em menor relevância. São imprescindíveis para as estratégias de ação do Movimento, as discussões sobre os efeitos que os estigmas e rótulos produzem na vida dos sujeitos, e o uso violento e indiscriminado de ferramentas da psiquiatria. Cooper acrescenta

³⁸ As conclusões expressas aqui se constroem a partir da análise dos relatórios enfocada no capítulo: **Analisando os documentos e reconhecendo os Fundamentos Epistemológicos do Movimento Antimanicomial no Brasil**, onde se discute as reformas psiquiátricas, bem como os solos epistemológicos de Cooper e Baságlia, em comparação aos discursos do Movimento.

significativamente, também, na crítica à neutralidade das relações importada pela ciência médica à psiquiatria e em pôr fim aos métodos violentos mediados pelo uso de eletrochoques, camisas-de força e a repressão química. Como visto, a Luta inclui, devido à influência deste olhar, a proposta de um trabalho sistêmico com a família e a sociedade. As idéias de Cooper aparecem principalmente a partir de alguns discursos explicitados no relatório I, não se restringindo apenas a este, mas sem se apresentar extensivamente.

Sendo a instituição familiar uma peça fundamental no processo de re-significar o fenômeno da loucura a partir da luta pela reinserção do louco à sociedade, este aspecto apresenta contribuições tanto de Cooper quanto de Basaglia, com o diferencial que cabe aos propósitos de cada autor. Basaglia coloca que a família vem a ser um detonador importante do mecanismo de exclusão, ao incluir novamente seu parente no seio familiar. O Movimento Antimanicomial fomenta esta idéia, o que fica evidente pela massiva participação dos familiares na Luta, nas discussões, nas manifestações, na elaboração de propostas. A contribuição de Cooper quanto a este aspecto vem principalmente no sentido de identificar a produção da loucura no núcleo familiar, o que leva o Movimento Antimanicomial a incentivar a atenção quanto às relações estabelecidas neste contexto. Contudo, o foco de ligação das famílias com a Luta está principalmente na proposta política de Basaglia de acabar com a exclusão do 'louco' na sociedade.

Estas conclusões são apontadas através dos discursos expressos nos relatórios. A partir destes, e pode-se concluir que o trabalho de Basaglia produz significativa influência nas suas práticas, discursos e saberes. O movimento de Antipsiquiatria de Cooper, bem como o trabalho de Basaglia junto à Psiquiatria Democrática, ambos da década de 1960, foram vistos como influências mais significativas do que as Reformas Psiquiátricas da década de 1940, embora estas também tenham apresentado alguma contribuição nas discussões acerca da loucura. O trabalho de Szasz apesar de não ter entrado diretamente nesta análise epistemológica, se apresenta como um material importante na construção do Movimento Antimanicomial por ter viabilizado discussões importantes sobre a loucura e as instituições psiquiátricas.

A obra de Michel Foucault, não pode ser considerada uma matriz epistemológica, contudo convém salientar que contribui de maneira significativa no sentido de possibilitar lançar um olhar metodológico através da arqueologia. Este olhar embasou o

reconhecimento das matrizes epistemológicas do Movimento, bem como uma perspectiva possível da história do mesmo, evidenciando suas rupturas e discontinuidades. Por meio da arqueologia foi possível reconhecer e analisar enunciados presentes nos discursos do Movimento, tendo em vista que os discursos se referem a práticas, neste caso as práticas do Movimento Antimanicomial no Brasil. Além disso, este pensador através do empreendimento arqueológico contribuiu para a desnaturalização do entendimento da loucura, inspirando diversos autores nas suas críticas acerca dos dispositivos psiquiátricos. Contudo, a luta contra os hospitais psiquiátricos, ficou a cargo da Antipsiquiatria e principalmente da Psiquiatria Democrática.

6- Uma Genealogia do Movimento Antimanicomial no Brasil

De acordo com Amarante (1994), as primeiras reações às práticas manicomiais surgem nos últimos anos do regime militar, se configurando como uma ação contra as formas autocráticas de poder. Foi neste período, segundo o autor, que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental denuncia as fraudes que envolvem o Sistema Nacional de Assistência Psiquiátrica. Estes, dentre outros acontecimentos nem sempre visíveis na história oficial, levaram à emergência do Movimento de Luta Antimanicomial em 1987. O relatório II apresenta acontecimentos anteriores à década de 1970 que contribuíram para esta emergência. Segundo este documento, em 1956 foi criada a Casa das Palmeiras³⁹ no Rio de Janeiro e na década de 1960 comemorou-se a construção do Hospital-dia localizado no Hospital das Clínicas em São Paulo. Considerando que estas instituições se aproximaram do modelo das práticas em saúde mental fundado posteriormente a partir da luta antimanicomial, foram acontecimentos significativos para a culminância do Movimento⁴⁰. Na Paraíba, no início da década de 1970, a luta antimanicomial já era motivo de discussões entre estudantes de enfermagem e psicologia. Aproximadamente nove anos depois, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, são efetuadas denúncias de violência e concentração de leitos no Estado. Estas reações, portanto, se configuram como as primeiras manifestações contra as práticas manicomiais⁴¹.

Em 1987 foi realizado em Bauru – SP um encontro nacional discutindo as práticas dos dispositivos psiquiátricos, e a possível ruptura com este tipo de intervenção considerada excludente, estigmatizadora e aniquiladora. Assim sendo a década de 1980 foi marcada por diversos acontecimentos em todo o país, uma vez que se tem efetivamente a luta antimanicomial em ação. Na Paraíba foi criado um Fórum de Técnicos em Saúde Mental e no Distrito Federal o 1º Hospital-dia. O hospital público foi desativado no estado do Espírito Santo, levando à construção de quatro hospitais psiquiátricos privados, acontecimentos que provocaram a reação dos militantes do Movimento no estado. A partir destes fatos, denúncias foram feitas quanto à desativação de serviços, à violência contra os

³⁹ A Casa das Palmeiras foi criada com a contribuição de Nise da Silveira e era um local em que os egressos do hospício poderiam, gradualmente, recuperar a auto-estima e a independência, através da expressão criativa.

⁴⁰ Através destas considerações percebe-se que o MLA não possui uma origem, um lugar primeiro, uma vez que culmina a partir de acontecimentos anteriores e dispersos.

⁴¹ Estas informações do relatório II convergem com o relato de Amarante sobre os últimos anos do regime militar.

pacientes e à lógica do governo ao reduzir gastos na saúde mental. Ainda nesta década, em São Gonçalo-RJ foi criada a Associação dos Portadores de Doença Mental e no Estado do Mato Grosso o número de internações sofreu redução a partir de 1989.

Com a participação de usuários, familiares e técnicos da saúde de diversas áreas foi formado na década de 1990, o fórum de Saúde Mental no Espírito Santo. Em 1991, no Distrito Federal, uma equipe vinculada ao Movimento Antimanicomial assumiu a direção do Instituto de Saúde Mental construindo a “Cooperativa Cabeça”, contando neste período com o trabalho conjunto de usuários, familiares e técnicos. Ainda em 1991, o município de Angra dos Reis iniciou uma reforma na assistência, implantando o novo Programa de Saúde Mental culminando no projeto “De Volta Para Casa”; e em Santa Catarina começaram as discussões entre estudantes e psicólogos, levando à tramitação de um projeto de lei no Estado.

A década de 1990 é marcada por acontecimentos no Rio Grande do Norte que conta com a constituição da Associação de Usuários e a aprovação parcial de um projeto de lei⁴²; e em Alagoas se inicia a instauração do núcleo estadual do Movimento. No estado do Mato Grosso realizou-se um encontro para elaboração do Projeto de Saúde Mental descentralizado, marcando este período. E em 1994, institui-se a Assusam⁴³ no estado de Minas Gerais, fortalecendo a formação de vários núcleos que comemoraram no ano seguinte a aprovação da Lei Carlão, que propõe a extinção dos manicômios⁴⁴.

Entre o ano de 1999 e 2001, outros acontecimentos foram registrados nos discursos do Movimento de Luta Antimanicomial⁴⁵. Neste período, os representantes do Estado de Alagoas fazem referência a grandes dificuldades financeiras, tendo conquistado a atuação do Caps em apenas três cidades, contando somente com a colaboração do Ministério Público. A falta constante de medicação e a perseguição feita aos militantes do Movimento que são funcionários do governo, bem como aos simpatizantes da causa (afamados pelos opositores à luta de doidos e agitadores), são problemas apresentados. Em contrapartida, no Estado do Ceará o Movimento ganha reconhecimento junto a outros movimentos sociais, criando em 15/02/2000 o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial. Os militantes cearenses

⁴² O documento não explicita qual projeto de lei.

⁴³ Associação dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais.

⁴⁴ Os acontecimentos até aqui mencionados foram recortados do relatório II.

⁴⁵ No relatório V cada Estado apresentou através de teses, o resgate histórico de algumas conquistas na Luta Antimanicomial em seu território, entre o ano de 1999 e 2001.

denunciam a morte de uma pessoa em um dos hospícios do Estado; unindo-se à família do usuário e à Comissão de Direitos Humanos, buscou realizar uma campanha nacional para ampliar a denúncia deste caso e divulgar os resultados das sindicâncias realizadas pelo núcleo. A partir de uma investigação, constatou-se além dos maus tratos também casos de abuso sexual às pessoas internadas. Em junho de 2000, o Movimento Antimanicomial do Ceará junto ao Fórum Cearense de Direitos Humanos, consegue fechar a casa de Repouso Guararapes onde ocorreram os crimes. Ao final deste ano realizou-se a Semana de Saúde Mental e Cidadania, com tema “Saúde Mental e Desemprego”, aprofundando discussões ligadas a estas questões. Os Caps do Ceará têm contribuído no sentido de incentivar os hospitais gerais a atender pessoas com “transtornos mentais”⁴⁶, verificando que em algumas cidades este processo efetivamente está acontecendo sem que os sujeitos tenham que passar pelos serviços de saúde mental. Para finalizar, o Estado tem participado de outros eventos, levando a representação do Movimento, por exemplo, para o Seminário sobre Violência Doméstica, onde surgiu o interesse de representantes ligados à questão em participar do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial.

O Estado do Distrito Federal possui um Hospital-dia no Instituto de Saúde Mental, funcionando de segunda a sexta-feira entre as 8:00 e 17:00 horas, com oficinas terapêuticas e de produção. Em 25/09/2001, na Sede do Conselho Regional de Psicologia, aconteceu o 1º Encontro Estadual do Movimento de Luta Antimanicomial no Estado de Goiás, tendo em discussão os seguintes temas:

1-Movimento Antimanicomial – Avaliação da Conjuntura; objetivos; táticas, concepções e estratégias. Tarefas atuais, Outros Movimentos Sociais. 2- III Conferência Nacional de Saúde Mental e eleição de representantes do Estado de Goiás para o 5º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial. (Relatório V, 2001, p. 86-87).

Contudo, o Movimento em Goiás constata que continua lutando para efetuar mudanças nos serviços de assistência em saúde mental, sem contar com o apoio da maioria das outras entidades e instituições. Até a data deste 5º Encontro Nacional, o Estado de Goiás apresenta-se mantendo o modelo de tratamento hospitalocêntrico e manicomial onde ainda ocorrem os típicos maus tratos. O Estado de Minas Gerais também levanta algumas

⁴⁶ Este termo está no próprio documento.

dificuldades, apontando a pequena participação de usuário e familiares na luta. Alguns usuários estabelecem um relacionamento de hostilidade com os técnicos ligados à Luta Antimanicomial, fragilizando o Movimento no Estado. Além disso, Minas Gerais tem percebido relutâncias em aprofundar discussões e práticas nos serviços substitutivos, que buscariam conquistar o pleno exercício de cidadania aos usuários. Coloca que o Estado está lutando pela mudança desta situação priorizando maior participação dos usuários e familiares, entre outras propostas de ação.

No Rio Grande do Sul aconteceu o Encontro Estadual em 11/08/2001, na cidade de Porto Alegre, contando com a participação de 13 municípios do estado. O Movimento local criou o projeto *São Pedro Cidadão*, com a finalidade de desconstruir o Hospital Psiquiátrico São Pedro. O relatório V apresenta várias conquistas, colocando que a viabilização de políticas públicas intersetoriais geradoras de inclusão social foi uma das principais contribuições do Estado para a luta no Brasil. Demonstra que outras questões têm sido enfrentadas com sucesso, como o problema da moradia (os serviços residenciais terapêuticos) e o problema de geração de renda (inclusão no mercado de trabalho). Quanto à questão da moradia, coloca que os municípios de São Lourenço do Sul, Bagé e Porto Alegre viabilizaram a alguns ex-pacientes, casas em conjuntos habitacionais populares, através de negociação entre os gestores, trabalhadores e militantes do Movimento. No município de Alegrete, o Movimento junto aos órgãos públicos e à sociedade, tem encontrado solução para o problema de moradia, mobilizando recursos para isto. O Estado através das secretarias da saúde e da habitação desenvolveu o projeto *morar cidadão*, garantindo habitação aos ex-moradores dos Hospitais Psiquiátricos. Contando com o apoio das secretarias municipais e estaduais da saúde, assistência social e desenvolvimento da indústria e do comércio, os militantes têm encontrado solução também para o problema da geração de renda. O Projeto Primeiro Emprego e a Economia Solidária têm contribuído para o ingresso dos sujeitos considerados loucos, no mercado de trabalho.

Estes acontecimentos apresentados, referentes aos Estados brasileiros, demonstram que alguns eixos de luta construídos nos Encontros Nacionais se configuraram em ações concretas em relação a questões como: intersetorialidade, moradia, trabalho e nova assistência em saúde mental. Contudo, devido a diferenças nas formas de militância e nos trabalhos desenvolvidos em cada Estado pôde-se constatar que o Movimento tem vivido, no

âmbito nacional, situações de conflito e fragmentação, fatos que têm resultado em um enfraquecimento na estrutura do mesmo.

Os relatórios organizados por cada Estado, em geral, apresentam sua trajetória de maneira progressiva, evidenciando raramente as rupturas que constituem a história do Movimento nos âmbitos estaduais, dando visibilidade, contudo, à descontinuidade da história nacional. Pode-se perceber que os Estados expõem conquistas diferentes, apresentando-se alguns em sua fase embrionária enquanto outros estão mais à frente no processo de militância. Além disso, percebe-se que em diversos relatos os sujeitos são colocados ao centro dos acontecimentos, o que demonstra a convergência do olhar do Movimento com o modelo da história tradicional. Passa-se a discutir, então, estes aspectos mais amplamente.

6.1- Análise das rupturas da história do Movimento Antimanicomial no Brasil

A produção que se reúne nestes relatórios⁴⁷, como nos demais referentes aos 1º, 3º e 4º Encontros Nacionais, trata de um sistema que remete a um campo complexo de discursos onde se podem reconhecer conceitos, idéias, experiências de autores como Baságlio e Cooper⁴⁸, de artistas conhecidos como Bosch e Munch, e dos que circulam mais no anonimato como Dellagamba⁴⁹. Reconstituindo a história do Movimento a partir da análise genealógica pode-se reconhecer a maneira pela qual os discursos são tematizados, produzindo as formações discursivas que aparentemente constituem uma unidade, mas que na realidade tratam de uma dispersão de elementos. Na trajetória de acontecimentos descrita a partir dos relatórios, seja nos estados ou nacionalmente, é possível reconhecer uma espécie de desenvolvimento, de “evolução”, de continuidade. No relatório II, por exemplo, as teses de alguns estados brasileiros que apresentam acontecimentos constituintes da história do Movimento nestas localidades, o fazem desenhando um crescente, produzindo a imagem de uma síntese acabada. Remetendo este aspecto para o

⁴⁷ O texto se refere aos relatórios II e V, já que a partir destes pôde-se resgatar diversos acontecimentos do MLA no Brasil.

⁴⁸ A influência destes autores evidencia-se principalmente nos eixos temáticos e eixos de luta presentes nos relatórios.

⁴⁹ Obras destes artistas fazem parte das ilustrações ou comentários apresentados nos relatórios dos encontros nacionais. O relatório I apresenta um detalhe do “Jardim das Delícias” do Bosch, na capa. E o relatório V cita a obra “O Grito”, do Munch, representando as vozes dos usuários dos serviços. A obra de Dellagamba ilustra a capa do relatório IV.

método genealógico pode-se reconhecer que as histórias do Movimento Antimanicomial são submetidas a uma operação que prioriza a função da continuidade, e que para tal acaba re-agrupando uma série de acontecimentos dispersos, produzindo uma lógica progressiva. A história de cada estado na Luta Antimanicomial, bem como a história nacional, se apresentam como homogêneas, isolando as rupturas e descontinuidades para atingir e suposta síntese. São estas descontinuidades e rupturas que precisam ser reconhecidas na amplitude da descrição de acontecimentos discursivos apresentados nos relatórios.

Trabalhando com estas questões em que o historiador narra a história a partir dos fenômenos de ruptura, e aplicando este olhar nos documentos, os acontecimentos do Movimento Antimanicomial se apresentam dispersos em determinados momentos e contextos. Mostram singularidades que quando deparados entre si quebram a suposta conformidade dos fatos. A própria emergência da Luta Antimanicomial no Brasil pode ser tratada como um fenômeno de ruptura que evidencia os jogos de poder e destroços de um período marcado pela Ditadura Militar. Neste cenário político, conforme aponta Paulo Amarante, as fraudes e torturas que envolviam as instituições psiquiátricas causaram a reação de determinados profissionais da área da saúde, fazendo emergir dentre outros movimentos sociais que se opunham a este sistema, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Uma década depois, na cidade de Bauru-SP, pode-se reconhecer historicamente outra ruptura na história da reforma psiquiátrica brasileira, fazendo culminar no Movimento de Luta Antimanicomial.

A irrupção de tais acontecimentos e de outros (mencionados ou não) na história oficial, denuncia a impossibilidade de retornar à origem deste movimento social, marcando, contudo, a emergência e proveniência⁵⁰ do mesmo. O Movimento Antimanicomial não pode ser reconhecido em seu estado original, visto que irrompe por jogos de poder e práticas de saber proveniente de acontecimentos dispersos em relação à psiquiatria e seus dispositivos no Brasil. Não havendo um ponto de partida original, reconhece-se a emergência do Movimento Antimanicomial no Brasil caracterizada por uma série de protestos que geraram acidentes, desvios na história da psiquiatria brasileira. O protesto ocorrido na cidade de Bauru-SP representa esta emergência, atacando diretamente a

⁵⁰ A proveniência demarca o acontecimento espacialmente, enquanto que a emergência assinala a temporalidade deste.

instituição psiquiátrica com a pretensão de baní-la, deslocá-la para um outro tipo de assistência. Junto a isto se pode reconhecer um ponto de ruptura da própria história do Movimento Antimanicomial, visto que antes de se caracterizar como tal, era um movimento social articulado apenas por trabalhadores em saúde mental e desta maneira especificamente técnico. Ao ganhar amplitude, alia-se à Luta os usuários, familiares dentre outros agentes sociais interessados em pôr fim aos manicômios, produzindo uma heterogeneidade com a caracterização anterior. Ou seja, deixa de ter um direcionamento apenas teórico e técnico e passa a se configurar como uma intervenção política na sociedade. Este acontecimento produz um deslocamento, onde o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) passa a ser caracterizado como Movimento da Luta Antimanicomial. Os relatórios transparecem por tais acontecimentos históricos heterogêneos, a inacessibilidade a uma identidade imóvel, uma vez que as intervenções na área da saúde mental anteriores à especificidade da luta antimanicomial já tratavam de ações que fomentavam seu processo ainda embrionário. Desta maneira, se reconhece uma ruptura do *status* do Movimento em diferentes momentos de sua história, tendo em cada um a representação de personagens diferentes que compõe uma trama de acontecimentos igualmente distintos. Logo, não se pode tratar de sujeitos centrais na história do Movimento Antimanicomial, mas de posições de sujeitos.

Lançando um olhar à participação dos agentes envolvidos com o Movimento (técnicos, usuários e familiares) nos Encontros Nacionais, obteve-se informações que denunciaram uma certa defasagem no engajamento dos mesmos com o decorrer do tempo. As informações fornecidas pelos relatórios trazem os seguintes números:

- 1º Encontro Nacional – 480 inscritos e participação de 18 Estados de Federação
- 2º Encontro Nacional – 1.000 inscritos (não traz o número de Estados presentes)
- 3º Encontro Nacional – 988 inscritos, participação de 17 Estados de Federação e presença de outros países: Argentina, Uruguai, Paraguai, Venezuela e Cuba)
- 4º Encontro Nacional – 1.000 inscritos e participação de 16 Estados de Federação
- 5º Encontro Nacional – 600 inscritos e participação de 17 Estados de Federação.

A partir destas informações pode-se perceber que há um crescente de participantes do 1º Encontro ao 2º Encontro, tendo uma queda mínima no 3º Encontro, sendo que neste último contou-se com representantes internacionais. O número de participantes aumentou

novamente no 4º Encontro, porém no 5º Encontro houve uma queda significativa na participação dos agentes envolvidos com a Luta. Localiza-se um ponto de ruptura no próprio Movimento acerca desta questão, visto que o mesmo contou com um número crescente de inscritos nos Encontros Nacionais até o 4º, tendo no 5º um decréscimo de 40%. Embora não se possa apontar com certeza os acontecimentos que levaram a este acontecimento, supõe-se que a referida “crise” do Movimento comentada no relatório V pode ter servido de estopim para esta defasagem de participantes. A presença de representantes de outros países marcada apenas no 3º Encontro demonstra mais um aspecto heterogêneo entre os acontecimentos do Movimento Antimanicomial.

O Movimento Antimanicomial enquanto instituição não se apresenta como entidade formalmente constituída até o 5º Encontro. O relatório I ressalta a importância em criar uma central interna de informações, e quanto à estrutura coloca que a organização nacional deve ser coordenada por uma secretaria. Esta secretaria seria localizada em um de seus núcleos nacionais e sofreria uma alternância a cada dois anos, ficando responsável pela arrecadação financeira. Neste encontro ficou definida a taxa de 50 dólares semestrais por núcleo⁵¹, garantindo, contudo, que se mantivesse as características descentralizadoras do Movimento. Nos encontros posteriores reafirma-se esta estrutura de organização sugerida em Salvador, onde os núcleos devem estar articulados em forma de rede com a representação de uma Secretaria Nacional. Contudo, no 5º Encontro, apesar de não haver alteração quanto ao caráter estrutural, percebe-se que a organização sofre uma “crise”, reconhecendo-se uma divisão entre os segmentos. Aqui, portanto, pode-se encontrar mais um ponto de ruptura na história do Movimento marcado pelas diferenças ideológicas e políticas entre alguns segmentos. Essa discussão ganha seqüência na II plenária que aconteceu em São Paulo, exatamente um ano depois do 5º Encontro, com a representação de apenas cinco estados brasileiros e presença de 62 militantes. Ali foi estabelecido que:

Diante da diversidade de tarefas exigidas à Coordenação Nacional do Movimento Antimanicomial – nem sempre encaminhadas de modo satisfatório nas experiências anteriores – optou-se nesta II Plenária por discriminar tais tarefas e distribuí-las pelos representantes dos cinco Estados

⁵¹ O valor da arrecadação só é discutido novamente no 2º Encontro, onde foi registrada a mudança de valor para 50 reais por núcleo.

que se fizeram presentes (SP, RJ, CE, PR, SC), os quais comporão uma Secretaria Executiva Nacional Colegiada para a gestão 2002/2004. (Relatório V, pág. 131).

Assim ficou definido que cada subsecretaria da Secretaria Executiva Nacional Colegiada (dividida entre os cinco Estados presentes) ficaria responsável por atribuições particulares, apresentando, portanto, uma variação da estrutura organizativa até então estabelecida. O afastamento do Movimento em relação a alguns parceiros históricos⁵² pode ser reconhecido como mais um ponto de ruptura. Além disso, a comunicação interna apresenta-se abalada, e o relatório V coloca que este fator pode ser considerado como um vício manicomial. Supõe-se que este problema de comunicação entre os núcleos pode ter acontecido pela falta de eixos de luta quanto a esta questão, visto que o interesse em criar mecanismos de comunicação interna se apresenta antes do V apenas no I e II relatório. Devido à falta de mais detalhes nos relatórios sobre os fatores que geraram a “crise”, encontrou-se maiores informações no artigo “O Movimento Antimanicomial no Brasil” escrito por Luchmann e Rodrigues. Segundo estes autores, foi a dificuldade que o grupo teve em chegar a um consenso sobre algumas propostas que levou à fragmentação do mesmo. As propostas foram as seguintes:

1) a constituição de um colegiado nacional com dois representantes de cada Estado, para fortalecer a Secretaria Nacional no exercício de suas funções – o impasse ficou em torno das representações, já que se os três seguimentos formam o coletivo: usuários, familiares e trabalhadores; porque então apenas dois representantes?; 2) o espaçamento dos encontros de dois para três anos cujos delegados deveriam ser escolhidos pelos critérios de um maior envolvimento com os princípios do movimento – esta proposta poderia, com o passar do tempo, esvaziar os encontros devido ao espaçamento ainda maior, pois em virtude da diversidade geo-político-social do território brasileiro, nem todas as regiões possuem força para manter acesa a luta em suas realidades territoriais. Ou seja, o espaçamento de três anos distanciaria ainda mais as discussões emergentes; 3) a continuidade dos encontros de usuários e familiares, também para três anos; 4) realização de feiras culturais, nos espaços vagos, para pessoas a fim de conhecer e participar das atividades do movimento. (LUCHMANN e RODRIGUES, 2006, p. 14-15).

⁵² Não são definidos quais parceiros, nos relatórios.

Os participantes tiveram dificuldades em definir estas propostas, gerando conflitos, impasses e a impossibilidade de deliberar tais questões no 5º Encontro, o que gerou a ocorrência das duas outras plenárias.

O relatório I em relação ao V, apresenta uma ambigüidade quanto ao Movimento Antimanicomial ser reconhecido como motor para a reforma psiquiátrica. No 1º Encontro coloca-se que: *“O Movimento Antimanicomial saiu mais fortalecido, mais confiante na nossa capacidade de reinventarmos a vida, e entre outras coisas, contribuirmos com a Reforma Psiquiátrica Brasileira”* (Relatório I, p. 03), enquanto que no 5º Encontro na II Plenária Nacional fica definido que: *“Precisa ser mais divulgada a idéia do Movimento Antimanicomial como sendo um movimento social diferente do Movimento de Reforma Psiquiátrica”* (Relatório V, p. 131). Esta questão pode ser analisada a partir dos pressupostos teóricos que compõem o Movimento Antimanicomial, resgatados nesta dissertação⁵³. Através desta análise pôde-se reconhecer que os movimentos de reforma psiquiátrica que de alguma maneira inspiraram as práticas e discursos do Movimento Antimanicomial, expressavam diferenças significativas quanto a este. As reformas psiquiátricas previam a humanização das instituições psiquiátricas e não o seu fim, que é o principal objeto da Luta Antimanicomial. Considerando que o foco do Movimento está no processo de desinstitucionalização, conclui-se que a contribuição do mesmo não se refere à Reforma Psiquiátrica. Este aspecto apresenta coerência com o olhar apresentado no 5º Encontro.

A partir desta análise genealógica visualizou-se que a história não se esboça de maneira contínua e progressiva, mas que feita de rupturas revela o seu caráter descontínuo, suas ambigüidades, seus altos e baixos, suas conquistas que se configuram entre avanços e retrocessos. Por se tratar de um recorte histórico, convém ressaltar que outros acontecimentos deram seqüência ao que até então pôde ser registrado. Além disso, as questões abordadas nesta dissertação não foram eleitas na pretensão de construir uma verdade histórica sobre o Movimento Antimanicomial no Brasil, reconhecendo ao contrário, que outras poderiam ser contempladas. Sendo uma perspectiva dentre as múltiplas possíveis, as informações foram focadas mais nos acontecimentos do que nos

⁵³ Ver Fundamentos Epistemológicos do Movimento Antimanicomial no Brasil

sujeitos, trazendo algumas discussões que talvez possam contribuir para as práticas e saberes do Movimento.

7- Considerações Finais

Os acontecimentos que compõem a genealogia e a arqueologia do Movimento Antimanicomial ressaltam as rupturas e deslocamentos de sua história, bem como evidenciam sua relevância na sociedade brasileira no tocante às práticas e saberes em saúde mental. A emergência do próprio Movimento se constitui como uma ruptura do olhar clássico do fenômeno da loucura, que ultrapassa o universo da ciência cartesiana com a pretensão de construir socialmente outras concepções, desfazer pré-conceitos, realizar a quebra dos muros do hospital psiquiátrico. A princípio esta parece ser uma tarefa difícil de ultrapassar o campo do ideal, visto que mobiliza temores relacionados à interação com os aspectos considerados bizarros dos loucos e da loucura na sociedade, além de propor uma perspectiva diferente à da ciência tradicional. Contudo, a abrangência do Movimento acabou ganhando espaço na mídia, na educação, na legislação, nas ruas, nas práticas em saúde mental, concretizando algumas propostas aparentemente ideais. A aprovação do projeto de lei nº 3.657 de 12 de setembro de 1989⁵⁴ que resultou na Lei Federal 10.216 sancionada no ano de 2001, que avança na reorientação do modelo de assistência, regulamentando as internações involuntárias e compulsórias, foi certamente um dos acontecimentos mais importantes no tocante à saúde mental no Brasil, visto que dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos considerados loucos, redirecionando concomitantemente o modelo assistencial em saúde mental. A partir desta Lei tem-se construído no Brasil instituições que produzem rupturas com o modelo manicomial, propondo intervenções que evitam o paternalismo, a exclusão, a estigmatização, fazendo da clínica também um espaço político que extrapola a instituição chegando até a comunidade.

Contudo é preciso reconhecer que a emergência desta Lei Federal não ocorreu devido apenas ou principalmente ao Movimento Antimanicomial, visto que outros acontecimentos demarcados ou não pela história oficial, influenciaram na sua culminância. O Movimento representa um dos eixos históricos, e não o único, que ocasionaram este marco na reforma psiquiátrica brasileira. Além disso, sendo este outro modelo apreendido e absorvido pela maquinaria social não se pode descartar o risco de maquiar ou readaptar sob outras condições os mesmos modelos manicomiais. A arte, instrumento muito utilizado neste tipo de assistência em saúde mental, pode tanto ser mediador de importantes

⁵⁴ Também conhecida como Lei Paulo Delgado

intervenções terapêuticas e de expressão social, quanto pode ser um amenizador das dificuldades dos técnicos em estar diretamente implicados com o fenômeno da loucura. Como foi possível localizar na literatura, principalmente pelas obras de Basaglia e de Cooper, as relações de poder opressivas, a violência e o uso exagerado de psicofármacos comum nas instituições psiquiátricas, muitas vezes tinham a finalidade de atenuar a dificuldade dos técnicos em se relacionar com os usuários. A arte parece estar muito distante desta finalidade por não ter características violentas ou opressivas (pelo contrário até), porém pode muito bem mascarar a ansiedade dos técnicos diante da loucura ou a dificuldade destes em encontrar uma linguagem comum. O uso do termo usuário trata de uma temática semelhante, da qual o próprio Movimento se ocupou, discutindo o risco de que acabasse se transformando num estigma bem como o termo paciente. Atentando para estas, dentre outras questões, percebe-se o risco de que um outro tipo de assistência em saúde mental pode reproduzir sutilmente os esquemas manicomiais.

O atravessamento de movimentos sociais, de partidos políticos⁵⁵ e de diversos suportes institucionais⁵⁶ fazem parte da dinâmica do Movimento Antimanicomial para conquistar legitimidade social e sucesso quanto aos seus eixos de luta. Os discursos apresentam e reafirmam a autonomia política, a pluralidade e independência do Movimento em relação a estas instituições, embora sejam alvos de interesse da luta para conquistar seus objetivos. No entanto, esta questão merece atenção da parte dos militantes da luta antimanicomial, visto que se apresenta de maneira muito tênue a linha que separa o vínculo indireto com estas instituições e a autonomia completa do Movimento. Certamente para atingir seus objetivos precisa passar pelo caminho das instituições, dos partidos políticos, da análise da conjuntura social atual, dos espaços de poder. Mas manter sua independência e autonomia apesar destes jogos estratégicos é uma tarefa ininterrupta que exige atenção e análise constante da situação do Movimento acerca de suas relações internas e externas. Pergunta-se: até que ponto tais atravessamentos interferem ou não na autonomia do

⁵⁵ No 2º Encontro Nacional, o Movimento enfatiza as contribuições do PT para com as práticas antimanicomiais, de maneira mais relevante que os demais partidos políticos.

⁵⁶ Sindicatos trabalhistas, conselhos municipais de saúde, aparelho legislativo e judiciário, escolas, igrejas, associações de bairro, indústrias, ministério da saúde, OAB, secretarias de saúde, SUS, comissões fiscalizadoras das secretarias de saúde, senado, câmaras municipais e estaduais, parlamento, comissão de revisão do código civil, mídia, Direito, instituições de políticas públicas (conselhos e conferências da assistência social, dos direitos das crianças e adolescentes, da mulher, da saúde), secretaria da habitação, associação de usuários e familiares, cooperativas sociais, secretarias de ação social, sebrae, e iniciativas privadas.

Movimento? De qualquer maneira, o mesmo tem conquistado a tão desejada legitimidade social, e este se caracteriza como um aspecto imprescindível para que a luta contra o enclausuramento e a violência dos hospitais psiquiátricos, bem como os estigmas e a exclusão que acompanham as práticas destas instituições, percam cada vez mais seu espaço na sociedade. Neste sentido o Movimento tem contribuído de maneira significativa, contribuindo para o marco histórico representado pelo fechamento de um número relevante de hospitais psiquiátricos no Brasil⁵⁷, o que significa a conquista destes objetivos respaldados pela Lei Paulo Delgado. No entanto, vale ressaltar que a emergência destes aspectos históricos não se deve apenas à atuação do Movimento, considerando que outros fatores visíveis ou não, influenciaram para a culminância destes acontecimentos.

Em relação aos dispositivos legais, a Luta Antimanicomial além de atualmente apoiar-se na Lei Federal 10.216, tem tido respaldo acerca da reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, contando com a aprovação da Lei 9.867 de 10/11/99, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos, através de programas de trabalho assistido. A Portaria 106 de 11/02/2000 cria os Serviços Residenciais Terapêuticos e a 1.120 de 07/11/2000 regulamenta estes. E finalmente, a Portaria nº 799 de 19 de julho de 2000, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, nos níveis federal, estadual e municipal⁵⁸. Quanto à estrutura organizativa do Movimento, Luchmann e Rodrigues (2006), apresentam os seguintes dados:

Constituiu-se a partir de março de 2003, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, que realizou o seu primeiro encontro nacional em dezembro de 2004 no CE. As principais lideranças encontram-se nos estados de MG, BA, RS, GO, CE, RN, PB, AL. A segunda plenária ocorreu em Outubro de 2002 em São Paulo e teve como pautas: avaliação da conjuntura nacional e sua relação com o Movimento da Luta Antimanicomial; formato da Secretaria Executiva Nacional colegiada gestão 2002/2004; VI encontro de usuários e familiares; participação do MLA no Fórum Social Mundial/2003, em Porto Alegre. Nesta plenária registrou-se que precisa ser mais divulgada a idéia do movimento

⁵⁷ Segundo a Folha de São Paulo de 17/10/2005, as internações em hospitais psiquiátricos estão caindo a uma taxa de 15% ao ano.

⁵⁸ Esta portaria estabelece uma auditoria especial para avaliar a assistência prestada em saúde mental pelo SUS, supervisionando os serviços hospitalares e ambulatoriais.

antimanicomial como sendo um movimento social diferente do “Movimento” da Reforma Psiquiátrica.

Conforme esta Plenária, a Secretaria Executiva Nacional Colegiada ficou composta, e ainda hoje o é, por 5 (cinco) sub-secretarias; Estas sub-secretarias são compostas por representantes indicados pelos Estados (01 usuário, 01 familiar, 01 profissional), que devem participar das tele-reuniões, informando sobre a conjuntura de cada Estado e atuando como multiplicadores de informações na formação de uma Secretaria Executiva Nacional ampliada. Estas sub-secretarias correspondem à gestão 2002/2004. As atribuições são distribuídas das seguintes formas: Sub-secretaria São Paulo: organização do VI Encontro Nacional e Infra-estrutura; Sub-secretaria Rio de Janeiro: organização do VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares e Finanças; Sub-secretaria Ceará: assessoria política (organização de respostas políticas do movimento a fatos conjunturais); Sub-secretaria Paraná: (Intersecretorialidade) coordenação da relação do Movimento Antimanicomial com demais movimentos sociais; Sub-secretaria Santa Catarina: comunicação (coordenação da comunicação inter núcleos locais e fóruns Estaduais, via Circuladô (informativo do movimento), mala direta e email do movimento: antimanicomial@ig.com.br).” (LUCHMANN e RODRIGUES, 2006, p. 16).

Estes autores tratam dos conflitos internos atuais do Movimento e colocam que o fato de existir três segmentos presentes na militância - o de usuários, familiares e profissionais – aumenta a complexidade identitária e por consequência a formulação de interesses. Isto significa que ao invés do Movimento reafirmar a sua pluralidade, tem sofrido fragmentações, encontrando dificuldades em construir um campo ético-político comum. A captação de recursos que financie as ações do Movimento como: campanhas, encontros, concretização de projetos; apresenta-se como outro problema a ser enfrentado, e para tanto a articulação entre todos os atores se mostra imprescindível. Em relação à estrutura organizativa, de acordo com Luchmann e Rodrigues, ainda se reconhecem conflitos acerca desta questão, emergindo como necessidade construir uma organização mais articulada. Contudo, o Movimento Antimanicomial se edifica e permanece atualmente na sociedade com sua intervenção singular nas práticas e discursos em saúde mental, colocando em xeque concepções estigmatizantes e excludentes que contribuem no aniquilamento subjetivo e social dos sujeitos que em algum momento se percebem situados sob a problemática da loucura. Discordantes do olhar biologicista e disciplinar da ciência tradicional, alguns profissionais da saúde mental, junto aos usuários destes serviços, seus familiares e outros agentes sociais, produziram práticas de saber, de poder e de subjetivação a partir dos quais se construíram os acontecimentos do Movimento Antimanicomial. Dentre

as práticas de saber estão as diversas influências teóricas que permeiam a luta antimanicomial, tendo em Baságlia a contribuição da matriz materialista-histórico dialética e em Cooper a matriz fenomenológico-existencial. Estes saberes geram práticas de poder através da inserção de agentes nos postos de chefia das instituições atuantes nas políticas públicas, bem como na mídia e nas instituições educacionais. Esses jogos e essas relações de poder, fundados nos saberes que apontam a possibilidade de uma sociedade sem instituições psiquiátricas buscam abrir espaço a outras práticas de subjetivação e de expressão, sendo a loucura uma destas. Os usuários, familiares e outros agentes sociais promovem, a partir dos princípios da Luta Antimanicomial, estas práticas de subjetivação que extrapolam a norma gerando outras possibilidades de sociabilidade e de intervenções políticas.

O Movimento conquistou apoio legal, político, financeiro em determinados sentidos, podendo pôr em prática aquilo que até então podia ter sido apenas o sonho de alguns. De acordo com os discursos identificados nos relatórios referentes aos Encontros Nacionais, o Movimento até então tem conseguido se manter como uma instituição fora dos moldes formais, com caráter autônomo e plural. Concomitantemente, vem sofrendo ambigüidades, cisão interna por parte dos núcleos, problemas de comunicação. Ainda que configurada como uma instituição autônoma, tem recebido apoio político partidário e estabelecido parcerias com diversos seguimentos sociais. Desta maneira, a atenção deve ser constante para que tal autonomia prevaleça, e não se passe a privilegiar os interesses de alguns. Ainda que se tenha legitimado algumas práticas e saberes antimanicomiais na sociedade, corre-se o risco de maquiagem a manutenção de ações provenientes das instituições psiquiátricas. Findar com os vícios manicomiais apresenta-se como uma tarefa ininterrupta e que exige muita percepção por todos os envolvidos que almejam este objetivo.

8- REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo D. de C. (org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

_____. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro, Editora Nau, 2003.

_____. O Homem e a Serpente - Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

ASSIS, J. M. M. de. O Alienista. São Paulo: Ática, 1998.

BASAGLIA, Franco (org.). A Instituição Negada. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

_____. A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil debates, 1979.

BATAILLE, G. O erotismo. Porto Alegre: L&PM, 1987.

BEZERRA JUNIOR, B. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petropolis: Vozes, 1992.

BUENO, A. C. Canto dos Malditos. São Paulo: Lemos editorial, 1993.

COOPER, David. Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo: Perspectivas, 1967.

_____. A linguagem da loucura. Lisboa: Presenca, 1978

FOUCAULT, Michael. História da Loucura. São Paulo: Perspectivas, 1972.

- _____. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. A verdade e as Formas Jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- _____. A Arqueologia do Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1984.
- _____. A Ordem do Discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- _____. As Palavras e as Coisas. São Paulo: Martins Fonte, 1999.
- _____. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- _____. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1983.
- _____. História da Sexualidade: o uso dos prazeres (vol 2). Rio de Janeiro: Graal, 1994.
- _____. Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- _____. Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- GRIGOLO, T. M. e MINELLA, L. S. 'Dizem que sou louco' : um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- JATENE, A. D. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec, 2000.

LUCHMANN, L. H. H. e RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil.

Revista Ciência e Saúde Coletiva: 0232 / 2006.

MANOEL, B. da M. Michel Foucault. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

NIETZSCHE, F. Genealogia da Moral: uma polêmica. São Paulo: Companhia das letras, 1998.

_____. Ecce Homo. Lisboa: Europa América, 1987.

_____. A Gaia Ciência. Lisboa: Europa América, 1987.

_____. Para Além do Bem e do Mal. Lisboa: Europa América, 1982.

_____. A Origem da Tragédia. Lisboa: Guimarães editores, 1978.

_____. Assim Falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém. São Paulo: Companhia das letras, 1983.

ROUDINESCO, E. Foucault: leituras da historia da loucura. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1994.

ROTTERDÃ, E.de. O Elogio da Loucura. São Paulo: Martins Fonte, 1997.

SCHITTAR, Lucio. A ideologia da comunidade terapêutica. In BASAGLIA, Franco (org.). A Instituição Negada. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

SILVEIRA, N. da. O mundo das imagens. São Paulo: Ática, 1992.

_____. Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra, 1987

_____. Casa das Palmeiras: A emoção de lidar. Rio de Janeiro, Alhambra, 1986.

SLAVICH, Antônio. Mito e realidade da autogestão. In BASAGLIA, Franco (org.). A Instituição Negada. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

SITE: www.fpabramo.org.br/td/td15_luta_antimanicomial.htm

SZASZ, Thomas. A Escravidão Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

_____. A Fabricação da Loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

VEYNE, Paul. Como se escreve a história. Brasília: Universidade de Brasília, 1995.

